FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1956

THÈSE

424

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GROSJEAN, Françoise, Jeanne, Elise, Marie

née le 21 Août 1928, à Blois (Loir-et-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mai 1956

La Chirurgie conservatrice dans les Grossesses Extra-Utérines

Président : M. Paul FUNCK-BRENTANO, Professeur

Librairie EVRARD, rue Albert-Dauphin, Amiens

1956

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1956 THESE N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

GROSJEAN FRANCOISE, JEANNE, ELISE, MARIE

née le 21 Août 1928 à BLOIS (Loir-&-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 17 MAI 1956

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DANS LES GROSSESSES EXTRA-UTERINES

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. Paul FUNCK-BRENTANO, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555825_0036

DOYEN HONORAIRE:

M. Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales)Broussais ..	DE GAUDART-D'ALLAINES(F.)
Cliniques chirurgicales (Salpêtrière	N...
Cliniques chirurgicales (Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire .	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DECOS(R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)

MM.

Clinique gynécologique ..... FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu ..... N...
(Bichat ..... N...
(Cochin ..... MOREAU (R.)
(Broussais ..... DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ..... JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique .... PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition ..... BOULIN -R.)
Cliniques obstétricales (Tarnier ..... LANTUEJOUL (P.)
(Baudelocque ... N...
(Port-Royal .... LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique ..... VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique ..... AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..... RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile ..... HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale .... SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale ..... LEMAIRE (A.)
Clinique urologique ..... FEY (B.)
Embryologie ..... GIROUD (A.)
Génétique médicale ..... LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..... N...
Histologie ..... N...
Hygiène et clinique de la première enfance ..... CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive ..... JOANNON (C.)
Médecine du travail ..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..... GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale ..... MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique ..... LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée ... LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) ..... MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale ..... BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales... GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale ..... MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale ..... HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)..... DOGNON (A.)
Physiologie ..... BINET (L.)
Physique médicale ..... STROHL (A.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale ..... MOULONGURT (P.)
Thérapeutique ..... TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
omie ...	(DELMAS (A.) pr.s.ch.)DEBEYRE (J.) (OLIVIER)N...
omie hologique	(GAUTHIER-VILLARD) (Mlle P) pr.s.ch. (BUSSER (F.))GOUYGOU (Ch.)
ériologie	(NÉVOT (A.))N...
chimie dicale	(ETTORI (J.) pr.s.ch.)N... (N...
logie dicale	(BOURLIERE (F.) (
nato-Syphi- graphie	DUPERRAT (F.)
ryologie	TUCHMANN
tologie	(BULLIARD (H.)) pr.s. ch. (N...)N...
rologie	N...
ième	)BOYER (J.) pr.s.ch. (DEPARIS (M)) pr.s.ch.
adies ectieuses	N...
decine gale et du avail	)DEROBERT L. (pr.s.ch.)GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.))N...
urochirurgie	(DAVID (M.)
urologie	N...

	MM.
Obstétrique	)GRASSET (J.) (LEPAGE (F.))MERGER (R.) (MORIN (P.))RAVINA (J.) (N...)N...
Ophtalmologie	)DESVIGNES (P.) (N...
Orthopédie	)JUDET (R.)
Oto-rhyno laryngologie	(AUBRY (M.))MADURO (R.)
Parasitologie	(CHABAUD (A.) (N...
Pathologie chirurgicale	)ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.))GOSSET (J.) (LAURENCE (G.))LORTAT JACOB (J.) (pr.s.ch.)OLIVIER (Cl.) (POILLEUX (F.))VERNE (J.M.) (N...)N... (N...)N... (N...)N... (N...)N...
Pathologie expérimentale	)N... (N...
Pathologie médicale	(BERNARD (J.)BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.))CONTE (M.) (DOMART (A.))LAMOTTE (M.) (LAROCHE (Cl).)MILLIEZ (P.)

	MM.
chologie édicale (suite)	PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) N... N... N... N... N... N... N...
liatrie	JOSEPH (R.) N... N...
rmacologie	CHEYMOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
rsiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)

	MM.
Physique médicale	DJOURNO (A.) pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.) CERNEA (P.)
Thérapeutique	N...
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
nique urgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) PATEL (J.) ROUX (M.) RUDLER (J.C.) SICARD (A.)
nique icale	BROUET (G.) N... DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R.)

	MM.
Clinique médicale	HAGUENEAU (M.) pr.s.ch. HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALIER (G.) MAYER (M.) VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique	OFFRET (G.) RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)

Secrétaire ..... Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction .. M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur ..... Melle GOICHON

Bibliothécaires ..... (Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.))

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-------- oOo ----------

A mes Parents

A mes Frères et Soeurs

A toute ma Famille

A Monsieur le Professeur Paul FUNCK-BRENTANO

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Témoignage de reconnaissance

A Monsieur le Docteur HENRY-ROBERT

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué
ses conseils au cours de son
élaboration

Témoignage de notre reconnaissance

A mes Maîtres à l'Ecole de Médecine d'AMIENS et du Nouvel-Hôpital d'AMIENS

A mes Maîtres à la Faculté de Médecine et dans les hôpitaux de PARIS

A mes Maîtres au Sanatorium de SAINT-JEAN-d'AULPH

A mes Amis

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DANS LES GROSSESSES EXTRA-UTERINES

INTRODUCTION

Il y a quelques années encore, la guérison de la grossesse extra-utérine n'était obtenue que grâce à une chirurgie d'exérèse.

Souvent le diagnostic était fait tardivement et l'on se trouvait devant un tableau plus ou moins dramatique. L'hémorragie cataclysmique, même à l'heure actuelle, demande une intervention rapide et de toute urgence. Chez une femme fatiguée, anémiée et quelquefois saignée à blanc, il faut avant tout sauver la vie. Mais quand on est moins pressé, quand on se trouve devant une trompe en voie de fissuration ou porteuse d'un hématosalpinx enclos et surtout devant un avortement tubo-abdominal, il faut tenter une chirurgie plus conservatrice.

Pourtant cela n'était pas l'avis de tous. Werth écrivait: "Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle".

Certains chirurgiens enlevaient la trompe porteuse du kyste foetal, mais aussi l'ovaire correspondant et pour éviter les récidives de l'autre côté ils faisaient une stérilisation tubaire, parfois même une hystérectomie.

Certains auteurs se sont émus devant une chirurgie aussi radicale.

La grossesse extra-utérine survient souvent chez une femme jeune et faire une hystérectomie, c'est lui ôter à jamais l'espoir d'être mère.

Aussi, petit à petit, est-on venu, tant en France qu'à l'étranger à une clinique moins radicale. On a d'abord fait l'ablation des annexes du côté gravide, puis seulement une salpingectomie et actuellement on tend à conserver la trompe gravide.

Villard disait en 1927:

"Ces opérations conservatrices me paraissent tout à "fait justifiées, car l'évolution d'un oeuf fécondé de la trompe "constitue un accident transitoire pour celle-ci et une fois la "gravidité interrompue et l'oeuf évacué, la trompe peut revenir "à son état normal, au même titre que l'utérus".

Aussi, à l'heure actuelle, chez une femme jeune qui a déjà perdu une trompe pour une grossesse extra-utérine ou qui a une trompe infantile mal développée ou altérée par des infections antérieures et, si les conditions s'y prêtent, il est normal d'essayer la conservation.

Mais pour cela, l'avis de la malade est nécessaire. Il faut qu'elle désire des enfants et qu'elle accepte les risques d'une récidive.

Néanmoins, il ne faut pas se leurrer: l'opération conservatrice peut ne pas être possible et surtout laisser une trompe inutile; mais cependant il faut essayer et souvent l'on est récompensé par une grossesse utérine normale et à terme.

La tendance actuelle est donc de conserver la trompe gravide même si l'autre côté est normal et à plus forte raison s'il ne l'est pas.

HISTORIQUE DE LA CONSERVATION

Le traitement des grossesses extra-utérines est uniquement un traitement chirurgical. Mais si tous les auteurs approuvent l'ablation de la trompe gravide, ils ne sont plus du même avis en ce qui concerne la trompe du côté opposé.

Certains auteurs, surtout les Allemands (Abel, Karl, Beck Hirsch) ont préconisé une opération systématique: la castration bilatérale avec hystérectomie. C'est une cure radicale et prophylactique de la récidive, mais elle entraîne de nombreux troubles de castration.

Puis on a utilisé, toujours dans la crainte d'une récidive: la castration bilatérale avec conservation de l'utérus (Lawson - Tait) mais les troubles ménopausiques existaient toujours.

Louis FUNCK-BRENTANO (dans sa thèse 1897-1898) a montré la fréquence des grossesses utérines normales et à terme après des grossesses extra-utérines opérées ou non. L'évolution normale d'une nouvelle grossesse est presque de règle chez ces femmes. Pour lui, il faut opérer et ôter la trompe atteinte par salpingectomie, mais il est inutile de faire une annexectomie du côté opposé. Et c'est déjà un premier pas vers un traitement plus conservateur.

Chez des femmes, jeunes le plus souvent, l'ovariectomie entraîne des troubles ménopausiques précoces. Peu à peu cette intervention est jugée inutile et néfaste, et les ovaires

sont conservés afin d'assurer l'équilibre hormonal.

Mais il n'y a pas si longtemps, la suppression des deux trompes était encore considérée comme une opération nécessaire dans la G.T. pour prévenir la récidive de ce type de grossesse (Kulenkampft 1920). Une telle tendance radicale dans le traitement est dépassée et à présent la salpingectomie est la méthode préférée de la plupart des auteurs (Cotte Te Linde 1946 - - Martins 1953) - Cependant, dans les cas où l'autre trompe a été enlevée antérieurement ou lésée, on peut tenter des opérations conservatrices afin de sauver le pouvoir conceptif de la malade si elle le désire. Et c'est à la France que revient le mérite de l'orientation du traitement chirurgical vers un esprit conservateur.

Villard, de Lyon, l'a défendu à maintes reprises. Sa première opération conservatrice datant du 26 Mars 1914 a été pratiquée sur une femme de 30 ans dont les annexes gauches très lésées sont ôtées. Il a réséqué le pavillon tubaire droit au niveau duquel était inséré l'oeuf et il a reconstitué un nouveau pavillon par fente de la lumière de la trompe et éversement des bords de l'incision.

Dans un article de Lyon chirurgical (17 Mars 1927) il dit: "Je crois en effet qu'il est très justifié, dans certains "cas de grossesses extra-utérines d'éviter la salpingectomie, "surtout si la perméabilité de la trompe du côté opposé est com- "promise... D'une façon générale, je crois qu'on pratique trop "de salpingectomie pour les G.T. Il est rationnel et indiqué

"d'essayer de conserver la trompe soit par une résection par-
"tielle, soit par une délivrance".

En I927, également dans un article de Lyon Chirurgical, Cotte faisait état de 2 opérations conservatrices (I expression simple, et I salpingectomie externe) et posait le problème de la légitimité de ces opérations. Il le résolvait par l'affirmative, surout dans le cas où l'arrêt de la migration de l'oeuf n'est pas conditionné par une anomalie tubaire.

Mais en 4I-42 dans un article, il écrivait:

"En pratique la conservation de la trompe gravide est
"rarement possible. Si les annexes du côté opposé sont saines,
"je crois qu'on peut sans hésiter se laisser aller à faire une
"salpingectomie et même une castration unilatérale... Il ne faut
"laisser la T. gravide que si la trompe du côté opposé manque ou
"si elle est fermée. De même pour l'ovaire. Ceci dans la crainte
"d'une récidive dans la trompe restaurée".

Quand la notion d'urgence et de gravité est moins nette, Labry et Montel, en I927, envisageaient une intervention conservatrice.

Pour eux, cette trompe gravide est victime d'un accident, mais elle n'est pas toujours perdue et l'on peut parfois la conserver.

Déjà en I932, Trillat, Michon et Dargent distinguaient plusieurs possibilités:

- une salpingectomie partielle (Labry et Montel I927 - Patel en I932 résection externe de la trompe suivie de

grossesse normale - Harmant de Nancy, 2 grossesses après une intervention analogue)

- résection de la corne avec réimplantation

Cotte la réalisa en I929 pour une grossesse isthmique (Trillat, Michon, Dargent en I932.

- conservation en totalité, en cas d'avortement tubo abdominal.

- Césarienne de l'oeuf (Villard) suivie d'énucléation par expression et de suture (Condamin I932)

Si l'on admet le principe de la conservation, disent Trillat, Michon, Dargent, "on doit la tenter dans tous les cas", ce qui est peut-être excessif, mais ils corrigeaient aussitôt cette opinion en ajoutant "la conservation est particulièrement "indiquée lorsqu'il existe des lésions de la trompe opposée ou "s'il s'agit d'une grossesse tubaire itérative".

Ils exprimaient également les plus sages réserves en ajoutant que "la conservation ne doit et ne peut-être tentée "qu'à une condition expresse: c'est que l'on soit absolument sûr "de l'hémostase, car les hémorragies de la corne (en cas de "grossesses interstitielles) sont graves". Villard a bien insisté sur ce point: mieux vaut abandonner une opération conservatrice plutôt que de risquer une complication hémorragique.

Et Perrin dans un cas analogue dut intervenir le soir d'une opération conservatrice; il trouva le ventre de la malade plein de sang et la sauva en pratiquant une hystérectomie.

D'autres auteurs, tant en France qu'à l'étranger, signalent les résultats obtenus après chirurgie conservatrice.

Neumann, en I936, publia l'observation relatant l'accouchement d'un enfant à terme après G.E.U. bilatérale opérée.

Gauss, en I94I, publie la statistique de I56 G.T. opérées par lui depuis I936. Sa Ière opération conservatrice est faite en MARS I936. Sur I56 Cas, 29 opérations conservatrices, ce qui donne un pourcentage de I8,6 % mais ce pourcentage n'est pas juste car au début Gauss hésitait beaucoup à pratiquer ces opérations et en I94I le pourcentage est de 56 %.

C'est un ardent défenseur de l'esprit conservateur. Il conserve presque toujours la trompe gravide dans sa totalité, même après rupture.

En France, en I945, Palmer et Lacomve, ont publié un cas de stérilité avec G.E.U. récidivante traité par implantation ampullo-utérine bilatérale. Une grossesse utérine consécutive se développe avec hernie partielle de l'oeuf au niveau de la zone d'implantation tubaire au 8ème mois. Une Césarienne a été nécessaire pour avoir un enfant vivant.

Palmer estime, qu'en matière de grossesse tubaire, l'intervention de choix est la salpingectomie unilatérale totalisée par la coagulation de la portion interstitielle de la trompe. Mais il ajoute aussitôt que chez les femmes jeunes, désireuse d'avoir des enfants et lorsque l'autre trompe est détruite, ou a été enlevée antérieurement, l'on peut être conservateur. A l'époque de cet article, il avait fait:

2 salpingotomies longitudinales suivies d'énucléation de l'oeuf dont I cas avec grossesse utérine ultérieure.

- I expression de la trompe pour complèter un avortement tubo abdominal dans 2 cas.
- la résection interne de la trompe avec implantation ampullo utérine, I cas avec grossesse utérine normale.

Leveuf avait publié un cas de résection sous-muqueuse d'un oeuf intra-tubaire avec suture bout à bout de la trompe et gestation utérine consécutive.

Et en I955, en France, Monsieur le Professeur P. FUNCK BRENTANO a rapporté plusieurs observations: celles de H. Robert et Debelut. Ultérieurement Ferry, Picquet et Blinder ont rapporté d'autres observations.

Presque toutes ces femmes ont eu secondairement une et même plusieurs grossesses utérines normales.

Funck-Brentano insiste sur le choix des cas: dans la grossesse interstitielle la conservation n'est pas souhaitable du fait de la difficulté de l'hémostase. Les meilleurs cas sont les hématosalpinx-enclos et les avortements tubo-abdominaux. Ces opérations ne seront pratiquées qu'avec l'accord de la malade, et surtout si elle fait une récidive de l'autre côté, ou si les annexes ont été extirpées antérieurement.

Mais parallèlement aux bons résultats obtenus par chirurgie conservatrice dans les G.T. on a vu paraître les cas de récidives.

Aumay, en I923, publiait déjà un cas de récidive dans un moignon d'une trompe incomplètement extirpée pour grossesse

extra-utérine.

Cahen, en I929, publiait une récidive du même côté d'une grossesse tubaire après opération pour la même affection.

Dragomiresco consacrait en I929 sa thèse aux récidives dans la même trompe de grossesses tubaires après opérations chirurgicales.

Bjorkenheim, en I943, citait une grossesse interstitielle consécutive à une salpingectomie pour avortement tubo-abdominal.

Néanmoins, malgré cette ombre pessimiste, il faut tenter d'être conservateur au maximum, surtout chez des femmes jeunes, désireuses de maternité.

PATHOGENIE

Toutes les dispositions anatomiques ou les conditions physiologiques anormales des trompes tendent à aboutir à la stérilité temporaire ou définitive ou à la greffe ectopique d'ovule fécondé.

CAUSES MECANIQUES

I - LES LESIONS TUBAIRES PROPREMENT DITES -

Les polypes, les tumeurs de la trompe, certains néoplasmes pelviens, des brides cicatricielles pré-tubaires reliquats d'annexite, les opérations pour stérilité, la maladie des adhérences peuvent entraîner une oblitération plus ou moins complète de la trompe.

Elles agissent soit par prolifération dans la lumière même de la trompe, soit par coudure et plicature du conduit, ou encore par aplatissement, torsion, occlusion.

II - LES MALFORMATIONS CONGENITALES -

Les lésions congénitales unilatérales et surtout bilatérales sont rares. Ce sont des diverticules, des atrésies, des trompes de type foetal (elles seraient dûes à un arrêt du développement post-embryonnaire).

La malformation congénitale doit entraîner la cure radicale de la trompe gravide, dit Carayon dans sa thèse.

Quand la cause peut-être délimitée, on pourra faire une résection partielle et une réimplantation tubo-utérine.

CAUSES INFLAMMATOIRES

Les lésions inflammatoires sont pratiquement les seules qui déterminent les oblitérations tubaires externes, Ces oblitérations sont les plus fréquentes et les plus graves au point de vue fonctionnel. Les interventions paliatives par salpingectomie sont les seules permises.

Ces inflammations donnent des modifications dans l'élasticité et contractibilité de la trompe et des modifications histologiques de la muqueuse.

On distingue:

les salpingites inflammatoires banales

les salpingites tuberculeuses.

I°) Les salpingites inflammatoires banales.

Dans les salpingites aigües prolongées, des plis anormaux et des lamelles forment un réseau enserrant des cavités intercommunicantes de toutes tailles. S'il y a fécondation, on a une G.E.U.

La trompe toute entière est plus ou moins atrophiée dans les reliquats atrophiques des salpingites. L'oeuf peut passer, mais sa progression est compromise ou ralentie. On a une G.E.U. par lenteur du transit ou par nidation dans les plis.

Malgré la puissance des antibiotiques et de la chimiothérapie les résultats anatomiques ne sont guère bons. Ces traitements permettent la guérison, mais non la restitution dans son intégralité de la fonction de la trompe.

Si l'oblitération tubaire gonococcique est devenue très rare (2 à 3 %) les infections négligées du post-partum et surtout du post-abortum demeurent encore une cause fréquente d'implantation vicieuse de l'oeuf.

Ces obstructions sont observées dans la région externe dans 52 % des cas et sont le plus souvent bilatérales (82 %). Elles touchent le pavillon et l'ampoule et il peut y avoir des adhérences peri infundibulaires.

2°) Les salpingites tuberculeuses.

L'atteinte tuberculeuse survenant chez une adolescente ou une jeune fille laisse souvent de profondes séquelles.

La salpingite se présente souvent sous un aspect de salpingite chronique banale. La tuberculose envahit toute la muqueuse. Une masse de tissu réactionnel semée de follicules laisse libre une lumière étroite.

Le type de tuberculose le plus difficilement décelé est celui qui simule une salpingite chronique pseaudo-adénomateuse. Ce type, malgré les antibiotiques, pose la question d'opérabilité et surtout du devenir anatomique et fonctionnel des conduits tubaires reconstruits.

ENDOMETRIOSE et ETATS ENDOMETRIOIDES

La région proximale est souvent le siège de lésions dystrophiques mal connues, désignées du terme vague de salpingiose.

Les causes qui déterminent l'oblitération de la partie

proximale de la trompe sont assez particulières. On distingue les salpingioises et les inflammations parcellaires survenant dans des conditions spéciales.

Les salpingioses

Pour M.J. de BRUX ce terme de salpingiose est le plus large.

Il distingue:

a) la colonisation de la trompe par l'endomètre

b) l'endométriose de la trompe

c) l'adénomyomatose tubaire.

a) Colonisation de la trompe par l'endomètre:

Normalement, l'épithélium tubaire cylindrique unistratifié, dès qu'il a quitté la trompe, recouvre le chorion cytogène et forme l'épithélium de bordure de l'endomètre. Il semble possible que l'endomètre puisse coloniser la trompe et l'oblitérer.

En I939, Philipp et Huber (de Kiehl) démontrent la présence relativement fréquente de la muqueuse utérine et aussi de polypes de l'endomètre dans la portion interstitielle de la trompe. Ils pensent qu'il s'agit d'un phénomène spontané survevant chez les femmes de plus de 35 ans et conditionné par des actions hormonales. Pour éviter aux femmes les G.E.U. Ils conseillent les mariages jeunes.

b) Endométriose tubaire.

Il existe une vraie endométriose tubaire. Dans les

musculeuses de la trompe, on voit des tubes glandulaires plus ou moins dilatés entourés par du chorion cytogène. La lumière tubaire est souvent normale, mais aussi souvent rétrécie.

c) Adénomyomatose tubaire ou salpingite isthmique noueuse.

Cette lésion se présente comme un ou deux nodules, plus ou moins visibles, fermes, recouverts de séreuse normale ou oedématiée. On distingue, au microscope des formations glandulaires ou canaliculaires entourées ou non de chorion cytogène, au milieu de trousseaux de fibres musculaires lisses très hypertrophiques. Sur certaines formations, la lumière tubaire principale est souvent difficile à trouver.

Ces lésions sont bien localisées, à la portion interne de la trompe. Il n'a jamais été trouvé de lésions inflammatoires secondaires, ni de sténoses se prolongeant dans la partie moyenne de la trompe.

Dans le déterminisme de certaines G.E.U. quel rôle joue cette dystrophie? M. J. de BRUX faisant une étude systématique de trompe de G.E.U. a trouvé au niveau de l'isthme une adénomyomatose tubaire typique.

L'oeuf s'y fixe parce qu'il trouve un tissu analogue à la muqueuse utérine. Ceci peut expliquer également la bilatéralité des grossesses tubaires, ainsi que les récidives sur moignon tubaire.

Les G.E.U. interstitielles et isthmiques survenant sur des endo-salpingioses représentent des cas dont le pronostic anatomique et fonctionnel est le meilleur après résection de la

portion interstitielle et implantation ampullo-utérine. Il n'existe pas de processus inflammatoire secondaire pouvant oblitérer la portiom tubaire implantée.

Les inflammations parcellaires.

Elles entraînent une oblitération tubaire interne nette, sans le moindre passage. Elles sont secondaires à une injection d'eau de savon sans pression dans un but abortif.

ROLE DU CORPS JAUNE

Certaines G.E.U. n'ont à leur origine aucun obstacle mécanique ou inflammatoire. L'ovaire n'est peut-être pas étranger à cet arrêt de migration.

Des recherches ont montré que le follicule et le C.J. en évolution conditionnent de façon certaine l'évolution cyclique de la muqueuse tubaire et que les mouvements péristaltiques de la trompe semblent bien être influencés par le C.J. On se demande alors, si une évolutiom anormale du C.J. ne pourrait être responsable de certains arrêts de migration de l'oeuf.

Keller de Strasbourg, a noté lors d'une intervention sur récidive de G.E.U. la présence d'un gros C.J. En I9I4, Schill avait insisté dans un cas de G.E.U. sur la coexistence d'un kyste du C.J. Fraenkel et Schill pensèrent alors que cette coexistence d'un C.J. atrophique pouvait motiver la nidation ectopique de l'oeuf par simple arrêt de migration.

En I924, Secklinger a montré que l'extrait de C.J. modifiait l'amplitude des contractions tubaires.

Cotte, en I927, dans un article de Lyon Chirurgical, apportait à l'appui de cette théorie 2 cas de G.E.U. où l'ovaire correspondant à la trompe gravide était le siège d'un kyste du C.J. Mais cette théorie n'est pas non plus vérifiée dans tous les cas.

Il est certain, dans les cas où l'origine de l'ectopie est dûe à un trouble d'évolution du C.J. que la conservation de la trompe ne fait courir aucun risque à la malade et est très justifiée.

CAUSES OVULAIRES

On a attribué à l'oeuf lui-même une prédisposition à la nidation ectopique.

L'oeuf pour se fixer doit avoir atteint un certain développement.

Quand le stade de nidation est atteint, l'oeuf se fixe là où il se trouve. Tout retard de la traversée de la trompe entraîne donc une fixatiom ectopique; le retard peut être motivé par une multiplication exagérée des cellules de l'oeuf ou par une malformation du pavillon qui oblige l'ovule fécondé à faire une migration intrapéritonéale et à passer par la trompe du côté opposé, ce qui expliquerait certaines G.E.U. de la trompe opposée au C.J. de grossesse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fécondation s'effectue en général, dans le I/3 externe de la trompe et vers le 6ème jour l'oeuf se nide normalement dans l'utérus. Mais si la trompe est le siège d'anomalies, l'oeuf s'y implante. Il existe diverses variétés d'implantation de l'oeuf fécondé:

A - Grossesse abdominale) qui sont très rares
B - Grossesse ovarienne)

C - Grossesse tubaire, la plus importante qui se subdivise elle-même en:

1 - grossesse interstitielle
2 - grossesse isthmique
3 - grossesse ampullaire
4 - grossesse infundibulaire
5 - grossesse tubo abdominale

L'oeuf est entouré de ses membranes, mais l'enveloppe d'origine maternelle n'est pas la même dans tous les cas.

GROSSESSES INTERSTITIBLES

C'est une localisation assez rare (I cas sur 100 G.E.U.)

L'oeuf peut se développer de 3 façons:

- grossesse intra murale de Woerth
- grossesse tubo interstitielle
- grossesse tubo utérine

Cette forme, simulant quelquefois une grossesse angulaire, évolue presque toujours vers la rupture et l'inondation péritonéale grave dans les 3 premiers mois.

GROSSESSES ISTHMIQUES

La greffe de l'oeuf dans cette partie de la trompe ne parait pas très fréquente: environ 20 %.

Le développement de l'oeuf, comme dans la grossesse interstitielle est rapidement entravé car la paroi à ce niveau est presque inextensible. L'évolution se fait normalement vers la rupture ou la perforation.

GROSSSESSES AMPULLAIRES

Elles représentent la variété la plus fréquente: 75 %.

Cette portion de la trompe est longue et extensible dans une certaine mesure. L'oeuf peut s'y développer plus à l'aise et son expansion peut se faire:

- soit vers la cavité péritonéale - Le kyste foetal constitue une petite tumeur pédiculisée par le mésosalpinx et la portion isthmique de la trompe.

- soit vers les ligaments larges (très rare éventualité.

GROSSESSES INFUNDIBULAIRES

L'oeuf peut se greffer et évoluer dans l'entonnoir souple et extensible qu'est le pavillon ou sur une des franges du pavillon.

GROSSESSES TUBO-ABDOMINALES

L'oeuf vient faire saillie dans la cavité abdominale. Tout en restant inséré par son placenta à l'ampoule ou au pavillon, il distend l'ostium abdominale et se développe partiellement dans l'abdomen. L'oeuf, entouré de fausses membranes, adhère à tous les organes et peut évoluer à terme.

Quelque soit le type de la grossesse tubaire, la trompe de par sa structure n'est pas apte à la gestation. Le tissu sous-muqueux réagit mal. Les villosités crampons ont une action énergique qui aboutit le plus souvent à la perforation de la trompe, après avoir provoqué des hémorragies. L'évolution est variable: on peut voir des ruptures avec hémorragie cataclysmique, des hématocèles rétro-utérines, des hémopéritoines, des hématosalpinx et aussi des avortements tubo-utériens ou tubo abdominaux, mais aussi quelquefois un foetus à terme.

Parallèlement à cette grossesse tubaire, l'appareil génital subit des modifications:

- l'utérus augmente de volume. Sa muqueuse subit la transformation déciduale tant que l'oeuf vit. Cette fausse caduque s'élimine dès la mort de l'oeuf.
- l'ovaire s'hypertrophie et présente un corps jaune de gestation
- les modifications de la trompe non gravide sont peu importantes.

METHODES THERAPEUTIQUES

A côté de la salpingectomie unilatérale extirpant la trompe gravide, mais respectant les fonctions génitales dans leur intégralité, diverses interventions ont été proposées dans le but de conserver la trompe en totalité ou en partie selon le lieu d'implantation de l'oeuf:

I - Conservation totale

2 - Délivrance tubaire par expression

3 - Délivrance tubaire par Césarienne ou salpingotomie avec curettage

4 - Résection tubaire partielle et salpingostomie

5 - Résection partielle et implantation tubo-utérine.

I - CONSERVATION TOTALE

Elle consiste à garder la trompe intacte, qui à la suite d'un avortement tubaire s'est vidée de son contenu. Cette opération est simple et facile à réaliser. Il faut cependant prendre quelques précautions, il faut s'assurer du bon état de ses parois, de sa vascularisation, de la perméabilité parfaite de la lumière tubaire. Si un petit caillot l'obstrue il faut le retirer. Ensuite, la cavité abdominale est nettoyée et les caillots soigneusement supprimés afin d'éviter l'apparition d'adhérences néfastes.

II - DELIVRANCE TUBAIRE PAR EXPRESSION -

L'accouchement tubaire par expression a été proposé

lorsque la trompe n'est pas trop compromise, c'est-à-dire chez une minorité de malades.

Cette expression manuelle consiste en l'expression du contenu de la trompe par des malaxations douces qui décollent le placenta et des mouvements de pression à travers la paroi dirigée vers le pavillon, afin de réaliser un avortement tubo abdominal. Il faut une trompe intacte de toute fissuration, et un oeuf implanté dans la région ampullaire; quelquefois l'oeuf est décollé et est déjà en voie d'avortement, il suffit alors de le pousser au dehors.

Le curettage peut parfois s'imposer ensuite par l'ostium abdominale pour ramener les derniers débris placentaires. Il nécessite un large pavillon suffisamment dilaté pour admettre une curette. Ceci est possible dans les grossesses ampullaires à pavillon largement ouvert.

III - DELIVRANCE TUBAIRE PAR CESARIENNE ou SALPINGOTOMIE AVEC CURETTAGE

On la réalise quand la délivrance par expression n'est pas possible: oeuf implanté trop loin du pavillon, ou oeuf trop gros pour passer à travers l'ostium abdominale, ou quand la trompe est en voie de fissuration.

L'imcision est faite dans le sens longitudinal (Kermauner). Le seul souci doit être la crainte de léser à la partie inférieure de la trompe l'artère nourricière. On chasse le foetus et le placenta par expression et malaxation douces à travers l'incision.

Il faut s'assurer de la parfaite hémostase et de la parfaite vacuité de la trompe. On ferme très soigneusement en 2 plans avec du nylon très fin.

Là aussi, le curettage peut s'imposer. La curette est introduite dans la trompe par la ligne d'incision. Il permet d'évacuer un placenta difficilement décollable et aussi de s'assurer de la parfaite élimination de tout débris de villosités choriales et de caillots.

IV - RESECTION TUBAIRE PARTIELLE et SALPINGOSTOMIE

A côté de la conservation totale de la trompe, la conservation exclusive de la portion saine réunit beaucoup de partisans. La portion restante de la trompe est susceptible de jouer le rôle physiologique de la trompe normale: c'est-à-dire de capter rapidement l'ovule.

La technique de cette résection externe est simple Il faut sectionner en tissu sain de façon à avoir des tranches de section franche, nette, et bien vascularisées en ménageant la partie inférieure qui reçoit les vaisseaux du mésosalpinx. On éverse la muqueuse et on place un cathèter dans l'ostium. Ensuite, le point délicat est dans la réalisation d'un bon étalement muqueux à la partie supéro-proximale de la palette. Le cathèter est maintenu en place pour ménager l'orifice tubaire minuscule de tous faux plis.

Le plan muqueux est fixé par retournement partiel sur le péritoine de la trompe elle-même.

Ce qui importe en définitive, c'est un ostium tubaire abdominale perméable entouré d'un large plan muqueux tournant le dos à l'ovaire.

Cette méthode permet de nouvelles grossesses. Pollosson écrit: "Je ne connais pas de plus grandes satis-"factions, je dirais presque d'émotion que le diagnostic "d'une grossesse commençante chez une femme dont les trompes "étaient fermées avant mon intervention".

La salpingostomie est utilisée dans les grossesses ampullaires ou infundibulaires, et dans toutes grossesses de la portion externe de la trompe présentant des parois déchiquetées et saignantes.

V - RESECTION PARTIELLE et IMPLANTATION TUBO-UTERINE -

Cette résection de la partie interne de la trompe suivie d'implantation à travers la paroi utérine se fait en cas de grossesses isthmiques ou interstitielles. Il faut que la portion externe restante (pavillon - ampoule) soit dans un état d'intégrité parfaite.

Watkins en 1897 pratiqua le premier cette intervention, et en 1922 Cullen obtint un premier succès complet. En France, Cotte, Leveuf l'utilisent. Palmer en 1943 eut son premier succès. Il l'utilise surtout dans le cas de stérilité.

Il utilise surtout l'implantation ampullo-utérine, quelquefois l'implantation isthmo-utérine. La réimplantation

peut-être libre ou sur tube de polyéthylène.

Palmer décrit le procédé type:

C'est l'implantation ampullo-utérine dans la corne sans intubation. Après laparotomie, inspection, palpation des organes, nous plaçons dans le fond utérin deux gros catguts en X qui serviront de tracteurs. On pince la trompe, on lie la petite arcade sous tubaire, on sectionne le méso salpinx et on lie l'artère tubaire interne. On excise la portion interstitielle au bistouri, hémostase, ligature ou électro-coagulation.

Une sonde Nélaton N° IO est passée avec douceur à travers l'ampoule tubaire et on incise le bout tubaire de manière à créer 2 petits lambeaux. On enfonce de dehors en dedans à travers la paroi antérieure de l'utérus une aiguille de reverdin. On ramène les brins de fils des lambellules. On noue avec précaution après avoir poussé doucement l'ampoule tubaire vers l'utérus. Le noeud crée une dépression légère. On ferme la plaie de la corne par 2 ou 3 points de catgut chromé en veillant à ne pas étrangler l'ampoule dans son trajet utérin.

Les résultats obtenus sont bons. On s'assure de la perméabilité tubaire par insufflations et utéro salpingographies.

On obtient des grossesses utérines normales ultérieurement.

INDICATIONS & CONTRE-INDICATIONS du TRAITEMENT

CONSERVATEUR

La conservation de la trompe gravide ne peut être pratiquée que dans certains cas bien choisis. Il faut qu'elle soit raisonnablement possible. Elle est fonction des lésions anatomiques de la trompe et de la gravité de l'état général de la malade. Cette intervention ne doit pas faire courir de risques immédiats à une femme qu'une salpingectomie guérirait rapidement. Elle ne peut être tentée que si elle est susceptible de donner de bons résultats.

ETAT GENERAL

La gravité du tableau clinique joue un grand rôle. Si on se trouve devant une malade présentant un tableau clinique d'inondation péritonéale, il est inutile d'essayer une opération conservatrice. Il faut sauver la vie avant la fonction. Là, la salpingectomie retrouve tous ses droits et il est nécessaire d'agir le plus rapidement possible.

Actuellement, on voit beaucoup moins de ces tableaux aigüs. Le diagnostic est souvent fait de façon plus précoce et cette précocité du diagnostic est souvent favorisée par des examens complémentaires, comme la ponction du Douglas et la coelioscopie. Quelquefois, les seuls symptômes notés sont des retards de règles, de petites métrorragies, une légère augmentation de volume avec ramollissement

de l'utérus et l'existence d'une masse latéro-utérine.

La ponction de Douglas, ramenant du sang rouge ou noirâtre en plus ou moins grosse quantité (quelques cm3 à un verre) est un signe en faveur d'une G.E.U.

Elle est souvent associée à la coelioscopie. Dans ces cas relativement précoces, elle montrera comme seule lésion une trompe violacée, distendue, sillonnée de grosses veines avec un peu de sang dans le pelvis. Elle permet de voir aussi l'état des ovaires. Le diagnostic est confirmé par l'examen de la pièce après intervention.

Ainsi ce diagnostic de grossesse tubaire peut être posé parfois avant l'apparition de tout symptôme anormal autre qu'un retard de règles de 3 semaines.

Ces femmes, jeunes le plus souvent, ayant peu souffert et peu saigné, ont un bon état général. Elles pourront donc supporter sans courir de risques sérieux une intervention un peu longue.

ETAT DE LA TROMPE

Après laparotomie on examine la trompe gravide. Quel est son aspect? où est implanté l'oeuf? Quelle est la quantité de sang épanoue dans le petit bassin? Autant de facteurs qui vont conditionner le choix de l'intervention.

Les cas les plus favorables sont ceux où l'oeuf a avorté spontanément dans la cavité abdominale et ceux où l'oeuf s'est nidé dans la partie la plus large et la plus souple de la trompe: c'es-à-dire le pavillon et l'ampoule. L'oeuf a la possibilité de se développer sans donner de rupture précoce; ce qui n'est pas la règle dans les grossesses isthmiques et interstitielles. Là les parois sont beaucoup plus rigides et l'expansion de l'oeuf entraîne rapidement des accidents hémorragiques par fissuration.

Une trompe déchiquetée à parois rompues et saignantes ne peut logiquement être conservée. Elle ne pourrait cicatricer que par un processus d'oblitération, ce qui la rendrait imperméable et de ce fait absolument inutile.

Il faut avant tout que les parois soient peu érodées par le développement placentaire et qu'elles soient bien vascularisées. Une lésion de l'artère tubaire par fissure de la partie inférieure de la trompe entraîne des troubles de vascularisation. Elle ne sera guère suturable et il est préférable de faire une résection.

Les meilleurs cas de conservation sont ceux où il n'existe pas de rupture ou seulement une ébauche de fissuration avec une quantité pratiquement nulle ou très faible de sang dans le péritoine.

Une hématocèle rétro-utérine sera une contre-indication très nette. Un avortement tubo-abdominal laisse une trompe d'intégrité parfaite et permet une conservation totale. Un hématosalpinx enclos distendant la trompe sans la rompre représente le deuxième cas le plus favorable pour une conservation totale. Celle-ci est réalisée par expression tubaire ou par salpingotomie si l'oeuf est trop gros.

La résection partielle sera utilisée dans les trompes fissurées ou altérées dans la partie distale et non récupérable, et dans celles dont l'hémostase après curettage est difficile à obtenir.

Les grossesses isthmiques seront, elles, traitées dans la mesure du possible par une résection partielle et implantation tubo-utérine. Les grossesses interstitielles relèvent aussi de cette technique. Mais dans l'ensemble, la conservation n'est pas souhaitable, surtout si la rupture est juxta-utérine. L'hémostase de cette zone étant difficile à réaliser, l'on est parfois amené à faire une résection cuneïforme et même une hystérectomie.

Ce n'est donc qu'après examen des lésions présentées par la trompe que l'on se décidera pour une intervention ou pour une autre.

ETAT DE L'AUTRE TROMPE

L'interrogatoire avant l'opération permet de connaître le passé gynécologique de la malade. La G.E.U. étant essentiellement récidivante, la femme peut déjà avoir eu une G.E.U. et avoir subi une salpingectomie de ce côté. Des lésions inflammatoires peuvent avoir lésé la trompe opposée. Mais souvent c'est seulement la laparotomie faite que l'on peut se rendre compte de l'état de cette trompe.

Il y a différentes éventualités: la trompe peut avoir été extirpée antérieurement, elle peut être sclérosée, imperméable, elle peut être atrésique, le pavillon peut être fermé par des adhérences. Elle peut aussi être le siège d'une G.E.U. non soupçonnée. Il faut vérifier l'état de l'ovaire, la présence d'adhérence, de brides.

L'avantage du traitement conservateur est surtout manifeste si l'annexe opposée est exclue. Il permettra de conserver une relation étroite entre l'ovaire et l'utérus. L'oeuf fécondé pourra après sa migration à travers une trompe conservée ou restaurée se fixer dans l'utérus et donner naissance à des grossesses utérines normales.

Cependant, il y a des cas pour lesquels une opération conservatrice est faite en dépit d'une apparence absolument saine de l'autre trompe.

On peut être amené à traiter parallèlement à l'autre cette trompe malade et faire le cas échéant des

opérations plastiques. Dans ce cas il faut être particulièrement conservateur car la femme perdrait alors tout espoir de maternité.

AGE DE LA MALADE - SITUATION FAMILIALE - INDICATIONS PARTICULIERES -

L'intérêt de cette conservation n'est pas seulement conditionnée par l'état des annexes opposées; mais aussi par l'âge de la malade. Il est certain qu'une castration totale chez une femme ayant dépassé 40 ans proche de la ménopause ne donne guère de regrets, car ces chances de fécondation sont déjà sérieusement compromises.

La chose est différente chez une femme jeune. Il y a intérêt à conserver chez elle tout espoir de maternité en gardant la trompe gravide, soit dans son intégralité, soit partiellement, à plus fortes raisons si l'autre trompe a été extirpée antérieurement.

On a enregistré des cas de grossesses utérines dans les années qui suivent et cela est encourageant.

Ce traitement est d'autant plus utile que cette G.E.U. survient chez une femme jeune sans enfant, ou n'en ayant qu'un et en désirant ardemment d'autres. Chez une multipare, surtout si elle est âgée elle est inutile.

Il en est de même lorsqu'il existe une maladie qui rend peu souhaitable une grossesse, en particulier la tuberculose, les cardiopathies et les hypertensions artérielles avec une atteinte rénale.

Il y a un cas où la conservation est indiquée au maximum: c'est le cas de la femme soignée pour stérilité. Elle peut avoir été traitée antérieurement par salpingostomie ou implantation ampullo-utérine. Chez ces femmes, la G.U.E. est fréquente car la stérilité traitée est une des causes de la nidation ectopique. Il est bon chez elles de tout tenter pour conserver une fonction déjà compromise.

AVIS DE LA MALADE -

On ne peut tenter la conservation qu'avec l'accord de la malade et ceci après lui avoir exposé les différentes éventualités possibles. Certaines femmes refusent de courir le risque, surtout si elles font une récidive de G.E.U. et reculent devant la possibilité d'une trosième G.E.U. La plupart accepte de courir ces risques et supplient même que l'on tente tout ce qui est possible de faire tant leur désir de maternité est grand.

D'abord, la conservation peut ne pas être réalisable, les lésions étant trop importantes. Il faudra se résoudre à faire une salpingectomie ou si les deux trompes sont gravides, une salpingectomie double et fort rarement une hystérectomie si l'hémostase est difficile à réaliser.

La conservation est possible et l'on se trouvera devant des trompes perméables. Ces trompes, quoique perméables, ceci vérifié par insufflation tubaire et hystéro salpingographie, peuvent ne pas être aptes à donner une

grossesse utérine secondaire.

Mais on peut voir se développer à nouveau une G.E.U. récidivant soit dans la trompe conservée intégralement, soit dans le moignon.

Mais on peut avoir la joie de voir se développer une grossesse utérine normale et être suivie d'autres, comblant ainsi la femme.

Les trompes peuvent être imperméables. Pour une cause mal connue la lumière de la trompe est obstruée.

Cette obstruction siège plus ou moins haut et est décelée par hystéro-salpingographie.

En fait, ce qui conditionne surtout le choix du traitement conservateur, c'est qu'il s'agit d'une femme jeune, multipare ou primipare, que sa trompe du côté opposé est plus ou moins altérée et que la trompe gravide aura été libérée de son oeuf par expression tubaire plutôt que par incision suivie de suture.

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

Ces risques existent, mais ils ne sont pas souvent observés.

Ce sont:

- les dangers d'hémorragie post-opératoire
- le danger de laisser en place un organe inutile.
- le danger de récidive.

DANGER D'HEMORRAGIE -

Le danger d'hémorragie est réel, et pendant une opération conservatrice aucun chirurgien ne le perd de vue. Tous les auteurs français et étrangers insistent sur la perfection de l'hémostase. C'est um souci qui doit passer avant toute considération de conservation. A quoi servirait de laisser en place un organe susceptible de saigner et de donner secondairement un nouvel hémopéritoine?

Exceptionnellement, il y a des hémorragies post-opératoires. A Broca, dans le service de Monsieur le Professeur Funck-Brentano, le fait ne s'est jamais produit. A l'étranger, aucun cas sur les 29 de Gauss, les IO de Gaffier et les 24 de Järvinen.

Tous soulignent le grand soin pris pour enlever les restes de l'oeuf aussi complètement que possible, soit avec une curette, soit avec un tampon. Ils conseillent après l'opération d'observer pendant quelques minutes s'il

ne se produit pas d'hémorragie. Si l'hémorragie se produit, Gauss recommande d'appliquer une ligature sur le mésosalpinx au point d'attache de l'oeuf.

Mais il est arrivé à des auteurs d'avoir à réintervenir et là il ne s'agit plus de sauver la fonction, mais la vie de la femme.

Perrin, de Lyon, en cite un cas très intéressant. Il dit: "J'ai opéré une grossesse interstitielle rompue. "J'ai voulu être conservateur. Je l'ai réalisée péniblement, "les points de suture, même en U déchirant le muscle utérin "friable.

"L'hémostase me parut suffisante et je refermai. "Quelques heures après je dus réintervenir devant des si-"gnes d'hémorragie interne grave. La terminaison de l'uté-"rine en était l'origine au niveau de la suture de la cor-"ne. Hystérectomie - Guérison".

Et il conclut:

"Je crois donc que l'opération conservatrice est "la conduite idéale, mais que la friabilité du muscle uté-"rin peut la rendre dangereuse dans certains cas".

Léger cite également I cas lors d'une discussion sur les G.E.U. à l'Académie de Chirurgie de Paris.

Et effectivement, il existe de mauvais cas et ils sont représentés en majeure partie par la grossesse interstitielle.

On en a décrit 3 sortes: des grossesses interstitielles isthmique, pure et utérine, mais l'évolution et le pronostic sont identiques. L'oeuf peut mourir et se résorber, mais le plus souvent elles évoluent vers la rupture en péritoine libre et donnent un véritable éclatement tubaire sans tendance à l'hémostase. Ces accidents sont précoces.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. On hésite parfois avec une grossesse angulaire, là le pronostic est différent, une grossesse développée dans un utérus bifide. Le pronostic est sévère. Si avant la rupture l'opération conservatrice est sans danger et conseillée, il n'en est pas de même quand la grossesse est rompue. Il faut faire aussi rapidement que possible une hystérectomie subtotale, à moins que par une ligature immédiate de l'artère de l'angle utérin au-dessous de la corne on arrive à stopper l'hémorragie et que les conditions anatomocliniques permettent de faire une opération conservatrice. On sera au maximum conservateur dans les G.I. non rompues.

Quelle intervention choisir? Tout dépend des lésions observées, de l'état des annexes opposées, de l'âge de la femme, et si elle a déjà des enfants. Mais le plus souvent, c'est au cours de l'intervention que l'on se décidera pour une hystérectomie subtotale ou une résection cunéiforme de la corne avec ou non réimplantation de la corne.

Chez une femme âgée, l'hystérectomie est une opération logique, sûre et rapide. Par contre, chez une femme jeune on fera une résection de la corne utérine et si les annexes du côté opposé ont été ôtées, ou si elles semblent inaptes à la fécondation et à la migration de l'oeuf, on fera une résection de la trompe au ras de la corne et on la réimplantera. Mais les risques d'hémorragie doivent être retenus - l'hémostase d'une corne gravide dans les conditions de vascularisation utérine qu'elle présente revêt certes quelques difficultés. Il faut faire avant tout une ligature de l'artère utérine sur le bord latéral de l'utérus au-dessous du ligament rond, ensuite on pratiquera la résection en passant en tissu sain. Les sutures musculaires se feront en 2 ou 3 plans avec des points en U. Cette intervention donne de fort bons résultats, surtout s'il s'agit de G.I. non rompue.

M. J. Bourde publie une observation un peu voisine de celle de M. Perrin:

" Je me suis trouvé un jour devant un cas de G.I. rom-
"pue; j'ai envisagé la résection cunéiforme, mais la suture
"ne me donna pas une impression de sécurité suffisante et
"finalement je dus terminer par une hystérectomie sub- totale".

Pour Cotte, même dans les plus mauvais cas l'hémostase est faisable et on ne doit pas avoir à réimtervenir pour hémorragie post-opératoire secondaire. Il critique le cas de Perrin en disant que la première hémostase était mal faite.

Dans aucune de nos observations relevées à l'Hôpital Broca, il n'a fallu réintervenir secondairement.

Mieux vaut abandonner une opération conservatrice que de risquer la vie de la patiente.

S'il y a eu déjà une salpingectomie on n'hésitera pas dans ce cas à faire une hystérectomie subtotale. Si la trompe et l'ovaire opposés sont sains on fera dans ce cas une simple résection cuneïforme sans implantation.

VALEUR DE LA TROMPE

On peut penser, après une opération conservatrice, avoir agi inutilement, car on ignore la valeur exacte d'une trompe dans laquelle s'est développée une G.E.U.

Cette trompe peut-être inapte à la fécondation et à la migration de l'oeuf, soit par des obstacles internes, soit par des obstacles externes.

On ne connait pas de façon certaine le mécanisme de la G.T. Si on pense à une oblitération tubaire post-opératoire, on peut prévenir par les antibiotiques, ces accidents toujours d'origine inflammatoire qui semblent être à la base de ces oblitérations.

Mais la perméabilité de la trompe peut être pertubée par des adhérences péritonéales. Bret, en I947, a été frappé du nombre de stérilité post-opératoire après G.E.U. Cette stérilité est dûe en partie à la maladie des adhérences. On connaît des adhérences post-opératoires qui se renouvellent et s'étendent malgrè un traitement chirurgical itératif des mieux conduit. Certaines femmes ont une

tendance particulière à cette maladie. Cependant, il ne faut pas abandonner le traitement et combattre activement cette fâcheuse tendance par des soins post-opératoires attentifs. Un auteur finnois Järvinen donne à ses opérés des oestrogènes dans le but de les prévenir.

On ne peut dire, à coup sûr, que la trompe conservée peut remplir son rôle physiologique normal, mais elle laisse à la femme qui le désire le seul moyen d'avoir une grossesse. Tausch insiste aussi sur l'effet psychologique de l'existence d'un moignon tubaire.

Il est trop absolu d'affirmer que cette conservation est dangereuse.

L'expérience seule peut déterminer le chirurgien, car c'est elle qui lévera tous les doutes.

RECIDIVES

La récidive de la G.E.U. n'est pas exceptionnelle. Elle est cependant rare. Suivant les auteurs, ce pourcentage oscille entre 2.38 % (Dietrich) et I5 % (Gauthier), mais en moyenne il est de 5 %.

Cependant les auteurs comptent dans leurs statistiques les récidives du côté opposé et celles qui sont, elles, beaucoup plus rares de la trompe conservée, soit intégralement, soit partiellement après chirurgie conservatrice.

Quelles femmes touchent les récidives?

Les récidives affectent surtout les nullipares, les femmes ayant des antécédents gynécologiques, surtout infectieux et d'autant plus que l'infection a été traitée par les antibiotiques, ce qui ne donne souvent qu'une désoblitération partielle de la lumière tubaire, les multipares ayant eu une grossesse normale peu de temps avant la G.E.U.

Ces récidives touchent, en général, les femmes jeunes, entre 20 et 25 ans. Elles touchent aussi avec prédilection les femmes traitées pour stérilité. Souvent la première tentative de l'organisme vers la maternité aboutit à une G.E.U.

Cette récidive est plus fréquente dans les trois premières années qui suivent la Ière G.E.U. (77 % environ).

Les causes de récidives

Du même côté sont souvent les mêmes que pour la Ière G.E.U., mais il s'y ajoute les lésions causées par l'intervention précédente.

Le mode opératoire choisi intervient.

Un avortement tubo-abdominal laisse une trompe dans son intégralité, mais que vaut-elle? Elle peut-être perméable, ce qui est vérifié lors même de l'intervention et secondairement par insufflation et hystéro-salpingographie, mais la muqueuse peut être le siège de lésions microscopiques et lors d'une nouvelle fécondation le

spermatozoïde passe mais la migration se fait mal et il y a errêt au niveau de cette anomalie. L'oeuf peut tomber dans un diverticule inaperçu lors de la Ière opération conservatrice.

Une salpingotomie est une opération déjà plus traumatisante. Là on ouvre la muqueuse. Il faut veiller, très attivement, à ne pas laisser en place le moindre débris placentaire ou petit caillot qui s'organise par la suite et donne une obstruction plus ou moins complète de la lumière tubaire.

La salpingostomie et l'implantation tubo-utérine présentent les mêmes inconvénients. Dans la dernière, il faut faire très soigneusement la ligature sur la corne.

La maladie des adhérences jouerait un rôle par la création de brides, d'accolement entraînant la fermeture partielle du pavillon.

Une salpingectomie, sans résection cunéiforme de la corne laisse en place un moignon qui pourra être le siège d'une récidive.

<u>L'ovule peut suivre différentes voies</u>

L'ovule peut avoir été capté normalement par le pavillon ou la bouche de salpingostomie et une fois fécondé sa migration peut-être ralentie par des lésions muqueuses et arriver au stade de maturité avant d'avoir atteint l'utérus. Il se nide alors dans la trompe restaurée.

Si les annexes opposées existent, l'ovule fécondé dans la trompe saine arrive dans l'utérus et par un mécanisme inconnu remonte dans la portion interstitielle de la trompe opérée et s'y nide.

L'ovule fécondé dans la cavité abdominale peut ne pas être capté par le pavillon correspondant et peut alors l'être du côté opposé. L'oeuf ayant déjà subi un certain degré de maturation, n'a pas le temps d'atteindre l'utérus et se fixe dans la trompe et donne une G.E.U. opposée au C.J.

Pour certains cas, il paraît logique d'admettre que le moignon s'est réperméabilisé par chute de la ligature et que l'oeuf pénétre directement dans la lumière.

La récidive se fait habituellement dans la portion ampullaire ou isthmique de la trompe. Elle est exceptionnelle sur le moignon après salpingectomie.

<u>Quelle est l'évolution de cette nouvelle grossesse ectopique?</u>

L'oeuf fixé se développe de la même façon que la première fois et entraînera les mêmes accidents. Mais, la femme prévenue par son accident antérieur se méfie et dès un retard de règles vient consulter et s'alarme au moindre signe suspect. Les signes sont souvent précoces, et la précocité du diagnostic favorisera l'opération qui sera cette fois radicale s'il s'agit d'une grossesse sur trompe restaurée.

Les récidives de l'autre trompe sont assez fréquentes, car la G.E.U. est une maladie récidivante et dans nos observations nous avons relevé certains cas de grossesse tubaire secondaire.

Mais les cas de G.E.U. sur trompe conservée sont rares. Nous en avons relevé un très intéressant à l'Hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur Funck-Brentano.

Madame Suzanne V. - 4I ans

Cette malade, envoyée par le Dr Chambraud pour suspiscion de G.E.U. après intervention conservatrice sur la trompe, entre à Broca le I8.I.I956. Les D.R. : 2 Décembre I955. Depuis le II.I.I956 petites pertes rosées, accompagnées de crises douloureuses dans F.I.G.

Antécédents

Ses Ières règles s'établissent à I4 ans, et depuis rythme de 29 j. /6 j., mais une dysménorrhée très vive oblige la malade à s'aliter.

I accouchement en I932

En Novembre I944 : G.E.U. à droite - salpingectomie D (Vichy)

En Février I945 - F.C. de 2 mois - curettage à Vichy

En I95I - Consulte de Dr Chambraud à Tarnier pour stérilité secondaire (insufflation - H.S.G.)

En I952 - 2ème G.E.U. - intervention conservatrice à Tarnier - les suites opératoires ont été mauvaises: occlusion, azotémie, deshydratation, dont on vient difficilement à bout.

Depuis était bien réglée.

C.R.D.

le 20.I.56 - 3ème G.E.U. (lors de la 2ème grossesse gauche; la trompe fut conservée - Médiane sous ombilicale (résectiom cicatrice) : sang libre épanché dans la grande

cavité - hématosalpinx - G fissuré - salpingectomie rétrograde - les 2 ovaires sont scléro-kystiques - Paroi au nylon.

Bonnes suites opératoires - ablation des agrafes au 6ème jour.

Le 31.I.56 - Bon E.G. - Elle peut sortir.

Cette malade ayant fait des suites opératoires très graves, on pourrait y voir l'origine de cette 3ème G.E.U.

D'autres auteurs en ont signalé, mais le plus souvent ces nouvelles G.E.U. apparaissent, non sur des trompes conservées intégralement, mais sur des moignons tubaires.

Hasselblatt a publié deux cas de récidives dans une même trompe.

Björkenheim en a publié également un cas. Il s'agit d'une femme de 35 ans ayant eu une grossesse normale et 4 F.C. et une salpingo ovariectomie en 1940 avec exérèse en coin de la trompe après un avortement tubaire gauche. En 1942, elle fait une tentative criminelle d'avortement et subit un curettage négatif. Quelque temps après, la femme souffrant toujours on fait un T.V. ; on trouve à droite de l'utérus un kyste mobile de la grosseur d'un oeuf d'oie, aux parois distendues. L'utérus est un peu augmenté de volume. La corne est légèrement douloureuse.

Le diagnostic posé est kyste de l'ovaire D. avec adhérences intra-abdominales.

A l'intervention on trouva une petite rupture de la corne d'où s'échappent des caillots de sang et une matière d'une consistance fragile. On fait une hystérectomie subtotale.

Selon toute probabilité, conclut Björkenheim, l'implantation de l'oeuf dans la corne utérine s'est effectué par un cheminement interne.

Dans l'ensemble le seul traitement de ces récidives est alors une résection cunéiforme.

Les récidives sont peu fréquentes, mais elles existent et il est indispensable de prévenir la femme avant de tenter une opération conservatrice. Il faut lui expliquer que cette éventualité est rare et qu'elle peut avoir des grossesses utérines normales. Et si elle désire vivement des enfants, surtout s'il s'agit d'une malade traitée pour stérilité elle acceptera de courir ce risque. Le plus souvent elle sera récompensée par l'évolution à terme d'une grossesse.

Mais quel est le pouvoir conceptif de ces femmes opérées?

Avant d'intervenir, nous avons prévenu ces femmes. Elles savent qu'elles courent le risque d'une récidive, mais qu'elles ont aussi une chance d'avoir une ou plusieurs grossesses utérines normales dans les années qui suivront cette G.E.U.

D'après les statistiques publiées, cette fécondité est faible dans l'ensemble: Dietrich (28.62 %) - Gioanni - Wirtz (I5 %) - le pourcentage oscille autour de 30 % pour la plupart des auteurs et il représente le chiffre type fixé par Lecène.

Gioanni et Wirtz (de Strasbourg) sont très pessimistes. Leurs pourcentages sont de :

(I5 % de grossesses normales
)
(7 % d'avortement
)
(9 % de récidives.

Et ils concluent:

"Cette faible fertilité, jointe aux risques au "moins égaux d'une grossesse pathologique doivent faire "rejeter tout traitement conservateur de la trompe malade "et amener à peser judicieusement la décision en ce qui "concerne la trompe opposée".

Cette opinion parait bien radicale et reste dans la ligne des auteurs allemands qui eux font des salpingectomies bilatérales pour éviter les récidives.

Roux et Marchal, de Montpellier, sont plus conservateurs et pourtout leurs chiffres ne sont pas bons:

(grossesse normale 25 %
)
(récidives 20 % dans les 5 ans qui suivent la G.E.U.
)
(
)Stérilité 72 %

Les facteurs qui entrent en ligne de compte sont les mêmes que pour les récidives. Les antécédents obstétricaux et gynécologiques ont une incidence sur l'avenir des opérés. Les nullipares ont moins de chance de maternité que les multipares (8.5 % contre 33 %).

Les traitements anti-infectieux sont capables de désoblitérer complètement la trompe.

La fertilité post-opératoire est également fonction de l'âge. Pour Roux et Marchal, le maximum de G.E.U. se situe entre 20 et 25 ans, et c'est aussi le maximum de la fécondité. Pour Gioanni et Wirtz, l'âge moyen de la G.E.U. est relativement avancé. Leur maximum est après 35 ans (33 %).

Mais tous les avis sont unanimes devant l'influence du délai entre la Ière G.E.U. et la Ière grossesse normale. L'espoir après 3 ans va s'amenuisant. Si les deux premières années on a des chiffres élevés: 50 et 33 %, la 3ème année la chute est déjà très marquée: I6.5 %.

D'après nos relevés d'observations, nous ne pouvons guère faire le pourcentage. La plupart sont beaucoup trop récentes. Mais Monsieur H. Robert, sur 4 opérations conservatrices faites dans une série de 44 cas de C.E.U. a obtenu 2 grossesses dont I est absolument sûre.

Un auteur finnois, Järvinen, se base plus sur le mode opératoire que sur l'âge de la femme pour établir un pronostic de fécondation ultérieure. Les salpingostomies donnent les meilleurs résultats, soit 58 % et sont suivies de peu par les avortements tubo-abdominaux: 50 %.

La salpingostomie ne donne que 38 % de grossesses utérines. L'auteur conclut:

"La salpingostomie est une méthode peu sûre dans "l'espoir de grossesses ultérieures utérines". Mais la

N° 324 - Page 39 - Opérée par le Dr ROBERT - Numéro Dossier: 52.402

Mme S. MOnique - 23 ans.

Elle entre à l'Hôpital Broca. Le diagnostic de G.E.U. est fait par ponction du Douglas. Elle est opérée le 23.4.52 par le Dr H. ROBERT. Incision de Pfannenstiel. Présence de sang libre dans le ventre. La trompe droite est distendue par un hématosalpinx non rompu qui saigne par l'ostium abdominale.

Pour donner sa chance à une fille de 23 ans susceptible de récidiver sur la trompe restante, on incise la trompe et on extrait l'oeuf.

Suture tubaire par points séparés au nylon. Aspiration du Douglas. Paroi fermée en 5 plans: nylons, agrafes.

HISTOLOGIE (Monicard)

Les fragments sont uniquement constitués par des caillots. En un point, on trouve une petite masse conjonctive recouverte par une lame épithéliale d'aspect syncytial. Mais on ne peut affirmer sûrement l'existence de villosités placentaires.

La malade est enceinte de 5 mois en Février I953.

Accouchement gemellaire à terme.

En Novembre I954, Madame S. entre à nouveau dans le service.

Les D.R. normales remontent au 3I Août I954

La malade présente des signes de grossesse.

Le 3.II.54, elle ressent des coliques, a une perte de sang noir et est lipothymique.

Elle entre dans le service à ce moment-là.

Le 4.II.54, à l'examen, on découvre une masse latéro-utérine.

Le 6.II.54, le Dr ROBERT trouve:

- un gros utérus dévié à droite
- une masse latéro utérine gauche très sensible
- la malade saigne "sépia"

Le T.R. confirme le diagnostic.

Il s'agit d'une G.E.U. récidivant à gauche.

On intervient immédiatement.

Le IO.II.54 - compte-rendu opératoire (Dr Robert)

Pfannenstiel itératif

Aucune adhérence - Les organes sont sains en particulier, la trompe droite sur laquelle ont voit les nylons de suture de la salpingotomie de I952.

L'ovaire gauche est porteur d'un gros corps jaune. C'est une grossesse de 2 mois.

On fait une opération de Mocquot et cloisonnement du Douglas 2 bourses nylon dans le Douglas.

Paroi nylon

Avortement 3 jours après.

Madame L. Janine - 29 ans

Mme L. entre à Broca le 28.IO.55.

Les D.R. remontent au I9.9.55. Elle a reçu plusieurs injections de progestérone. Depuis cette date, elle n'a pas cessé de perdre.

Actuellement, pertes de sang noir - bouchon muqueux.

Examen

- Col sain

- Le T.V. est rendu difficile par la défense pariétale. On perçoit un utérus basculé en arrière et la région latéro utérine droite est empâtée et sensible.

La coelioscopie montre une G.T.D. à la partie moyenne.

Intervention le 29.IO.55 (Dr Robert)

Pfannenstiel - sang noir dans le Douglas

A droite: l'ovaire est sain. Une grossesse tubaire s'est développée dans la portion proximale de la trompe droite.
On pratique une salpingotomie qu'on ferme par 4 points de nylon ooo. Le pavillon est sain. La trompe parait saine à la vue et au palper dans sa portion isthmique.

A gauche: l'ovaire et le pavillon sont sains. Les portions isthmiques et interstitielles paraîssent saines.

L'utérus est normal.

On ferme le péritoine au lin - nylon 2 sur

Bonnes suites opératoires.

Madame C. Anne - 25 ans.

Mme C. entre à Broca le 22.I2.I954 pour des douleurs pelviennes et des métrorragies apparues depuis environ une quinzaine de jours.

Les dernières règles du 26 Octobre I954.

Les métrorragies de sang rouge sont apparues au début du mois de Décembre. Elles ont augmentées progressivement d'intensité et de fréquence, en fait continuelles depuis le 4 Décembre.

Les douleurs apparues 8 jours après le début des métrorragies siègent dans la région pelvienne, mais sont plus marquées à gauche, surtout depuis quelques jours. Elles sont à type de spasmes, de crampes très intenses parfois un état syncopal.

Les crises douloureuses durent environ 3 à 4 heures et se répètent tous les 2 ou 3 jours; entre ces crises aucun fond douloureux.

Par ailleurs, on note des signes sympathiques de gravidité: nausées matinales, tension douloureuse des seins.

A l'examen, le col est cyanosé, un peu mou.

L'utérus est légèrement augmenté de volume.

Une masse para utérine gauche est douloureuse à la pression abdominale.

Intervention le 22.I2.I954 (Dr Chartier)

Pfannenstiel

A gauche: avortement tubo abdominal d'une grossesse ampullaire. La trompe n'est pas éclatée. Le pavillon est normal, un peu épaissi. On ne sent aucune enduration dans sa partie terminale. L'ovaire est normal.

A droite; Hématosalpinx assez gros du pavillon qui est normal et un peu épaissi. Là encore, aucune induration sur le segment terminal de la trompe. L'ovaire est normal.

Devant cela on fait:

I - une salpingotomie droite, avec énucléation facile de l'hématosalpinx. La suture à points séparés au nylon ooo ne prend pas la muqueuse.

2 - une salpingostamie gauche. Ablation de l'oeuf: plus difficle et hémorragique. Pour faire l'hémostase on met thrombase + spongel et on ferme comme précédemment. Parois 4 plans au nylon - sans drainage - Agrafes sur la peau.

Les suites opératoires sont normales. La malade sort le 20.II.1954 - Bon E.G.

Ex. histo logique - pièce opératoire

Trompe droite: présence de quelquestrès rares axes conjonctifs revêtus par des cellules épithéliales nucléées.

On ne peut faire le diagnostic différentiel entre des villosités placentaires et des franges tubaires dégénératives.

Trompe gauche: hématone et placenta tout à fait typique dans un petit fragment.

Dossier communiqué par le Docteur Henry G. Robert

23.6.1955 (Dr Dalsace) Madame B. 20 ans

D.T.: Avril

En Mai: 10 jours de retard - quelques pertes

Le 24 Mai: sang rouge foncé

Episode semblable voici 1 an. Dalsace trouve un K.O. dans le Douglas?

R. irrègulières - 1 semaine - 28 jours en moyenne douloureuses - avant et le 1er jour seins gonflés - ballonnement.

Pas d'antécédents pathologiques.

N'a jamais cessé de perdre très peu.

R. biol. A.Z + grenouille = NEG. le 14.6.1955

G.R. 4 070 000

G.B. 10 200 dont 70 pol.

Examen - abdomen - Rien

T.V. : masse post dans le Douglas très dur immobile

T.R. : on la sent très haut - bridant le rectum

Diagnostic: hématocèle ou kyste goudron?

C.R.D. du 28 Juin 1955

Incision de Pfannestiel

Il existe une grande quantité de sang libre dans le ventre.

L'utérus est normal - à droite, existe un très

gros kyste de l'ovaire (pamplemousse) et une trompe saine. Le kyste est prolabé dans le Douglas et semble d'origine folliculaire.

A gauche, la trompe est peu déformée. Mais à sa partie moyenne on trouve un nodule gros comme une olive, ferme et violacé.

Incision: il s'agit probablement des résidus de l'oeuf inséré sur la partie proximale.

L'ovaire gauche est sain.

Dans ces conditions, on décide d'être conservateur et l'on fait:

I - une résection de la moitié interne de la trompe qui fut gravide, suivie d'implantation ampullo-utérine selon la technique classique, au nylon oo - elle est largement perméable.

2 - une résection du kyste ovarien. On garde une lame de parenchyme près du hile et on arrive à reconstituer un ovaire de forme sensiblement normale.

Assèchement de la cavité péritonéale.

L'appendice est vu - il est sain, latéro-coecal interne et il est respecté.

Fermeture pariétale en 4 plans de nylons - agrafes.

Examen histologique - Dr Jean de Brux

Trompe: oeuf ? paroi d'un kyste de l'ovaire

Les fragments de trompe prélevés au niveau de la portion interstitielle n'ont pas montré d'image d'anomalie. En effet, la lumière est partout perméable, et les musculeuses sont parfaitement normales. Il n'y a, à ce niveau, ni colonisation, ni endométriose, ni adénomyose.

Au niveau de la zone de salpingostomie on constate une muqueuse tubaire modifiée, dont les franges sont tantôt allongées, tantôt subatrophiques, mais qui partout montrent un oedème considérable de leur chorion, avec importante vasodilatation et présence de quelques éléments inflammatoires de type subaigü.

Le caillot qui a été retiré à cet endroit est constitué par du sang hémolysé, de la fibrine et des polynucléaires, mais il n'existe aucun élément pouvant faire penser à une grossesse tubaire.

On est donc amené à conclure qu'il existe, au niveau de la partie ampullaire de cette trompe, des modifications peu inflammatoires mais congestives de l'organe. Ce sont ces manifestations qui auraient pu ultérieurement, donner naissance à un processus sclérosant lentement mais sûrement évolutif.

Les fragments d'ovaire examiné ont montré de nombreuses formations folliculaires kystiques et de larges zones oedémateuses, et ceci nous incite une fois de plus à mettre l'accent sur le rôle important des phénomènes neurovasculaires dans la pathogénie des lésions tubaires qui ne font pas la preuve formelle de leur origine inféctieuse.

Dossier communiqué par le Dr Henry G. Robert - Octobre I955

Madame G. Denise - 28 ans.

Soignée pour stérilité primaire - Sténose tubaire bilatérale à l'insufflation.

Coelioscopie vaginale (Palmer) en I954: pavillons normaux - Sténose interne ?

Jamais enceinte.

Parfaitement réglée.

D.R. : II - I6 Août I955

Le Ier Septembre: quelques gouttes de sang

Le Ier Octobre : pas de règles - quelques gouttes de sang rouge. Rana réaction (+)

Quelques coliques.

Examen: rien

Le 5 Octobre: sang pâle et fluide

T.V. : rien

T.R. : masse l.u. droite

Le 7 Octobre: a encore saigné

seins gonflés - une goutte de colostrum

Le I3 Octobre: coeloscopie abd. par Dr Robert

sang libre - hématosalpinx droit non rompu.

Opérée immédiatement (Lortat - Jacob et Robert)

Grossesse sur le I/3 interne de la trompe droite

La trompe G. est perméable

Salpingostomie D. : oeuf entier, vivant

Résection de la partie interne de la trompe, y compris la portion interstitielle.

Implantation ampullo-utérine

Parois aux nylons

Curetage utérin

Guérison - Régles suivantes: I mois après -

Examen le 2/I2: normal.

Examen histologique (Dr Jean de Brux)

Trompe portion interstitielle

Toute la portion interstitielle de la trompe a été examinée. Si à certains endroits la lumière paraît rétrécie par une musculeuse qui bombe un peu, en refoulant la muqueuse, il n'y a jamais de sténose suffisante pour empêcher la migration de l'oeuf.

La masse utérine est constituée par une caduque caractéristique dans laquelle on rencontre encore quelques glandes perdues au milieu d'un chorion fait de cellules déciduales.

Parmi les débris rencontrés dans le flacon, il existe également quelques villosités choriales au milieu de sang.

Madame B. Colette - 26 ans

Cette malade habituellement bien réglée, présente après un retard de règles de 8 jours des crises douloureuses dans F.I.D. et des métrorragies quotidiennes peu abondantes depuis le 22.9.I953.

Elle entre à Broca le 29 Septembre I953 et on lui fait une ponction du Douglas qui ramène du sang - Diagnostic: G.E.U.

A l'intervention, on trouve un portement tubo-abdominal droit.

Nettoyage des caillots, ablation de la trompe, conservation de l'ovaire qui présente un petit kyste que l'on résèque. Sujet de la tranche de section - Péritonisation - Catgut - paroi nylon - 3 agrafes.

La malade sort en bon état.

Le I2 Avril I954 - elle revient consulter à Broca

Les D.R. normales remontent au 22.2.I954

Nouvelles règles, mais avec I0 jours de retard, peu abondantes, pertes marrons, du 2 au II avril.

Au T.V. : col sec, net peu violacé
Utérus petit anteversé, bien mobile
A droite RAS - A gauche, ovaire perçu, non augmenté de volume, sensible, mais non douloureux.

Une réaction biologique est demandée.

Le 2I Avril I954: elle a perdu le I4 - douleur à gauche

T.V. : utérus non augmenté de volume
ovaire plus gros et plus sensible et plus tendu.

On la met en observation, mais quelques heures plus tard on l'opère.

G.E.U. gauche.

Incision médiane - trompe non rompue - On conserve son extrémité utérine (4 cm) en faisant une salpingostomie au nylon oooo et en amarant la trompe à l'ovaire - Paroi nylon

Les suites opératoires sont normales.

Madame D. Madeleine

Elle entre à Broca le 26 Septembre I955

Le Dr Palmer lui fait (27.9.55):

I - une coelioscopie transvaginale sans canule utérine. On obtient cependant une vision assez nette en tirant fortement sur l'utérus vers le bas, présence sang noir libre et grosse trompe D livide et quelques caillots peri ovariens.

2 - une médiane itérative est faite.

L'oeuf semble occuper le I/3 moyen de la trompe.

Résection des 2/3 internes de la trompe avec évidement de la corne en tunnel et réimplantation du I/3 externe de l'ampoule long de 4 cm environ dans la corne utérine par la technique habituelle.

Parois en catgut - Crins en X sur l'aponévrose.

Agrafes sur la peau.

Bonnes suites opératoires.

Madame U. Francine - IO Février I954

Cette malade vient consulter à Broca pour des métrorragies survenues à la suite d'une fausse couche spontanée le 4.I.I954

Un curettage est fait à Boucicaut le I4.I.54 parce que la malade souffrait et à cause de légères métrorragies.

Les douleurs ne s'atténuent que légèrement après le curettage mais les métrorragies persistent jusqu'au 23.I.I954.

A l'examen on découvre une exocervicitè, et une grosse masse latéro-utérine gauche du volume d'une mandarine.

Le IO.2.I954 une ponction du Douglas (Dr Palmer) retire du sang noir de la valeur d'un verre. Un nouveau toucher montre une masse gauche plus séparée de l'utérus qu'avant.

Dans les antécédents on relève des règles irrégulières (25 j/ 8 j.) et une F.C. spontanée en Juillet I953.

L'intervention est conseillée.

Compte ren du opératoire - II.2.I954 (Dr Palmer - Pépin)

Médiane sus pubienne

Après examen des lésions, on trouve:

I - Un oeuf libéré très fortement accolé au sigmoïde et à la paroi abdominale latérale. Il est libéré.

2 - un kyste de l'ovaire droit qui est réséqué avec conservation ovarienne.

3 - Et dès lors, après nettoyage, il reste: un utérus un peu gros sur la face antérieure duquel semble exister une petite cicatrice de perforation, des annexes D. normales, absence complète annexes gauches.

Fermeture en 3 plans - pénicilline - streptomycine.

Compte-rendu histologique

Ovaire avec C.J. ferme ou kyste lutéïnique.

Trompe: fragment de tissu conjonctif organisé dans lequel on trouve d'une part une frange tubaire et un volumineux caillot dans lequel on trouve des villosités choriales dont quelques unes sont fibrosées, et quelques unes en activité.

Bonnes suites opératoires.

La malade est suivie depuis.

Pas de nouvelle grossesse.

Madame B. Colette - 27 ans (Dr Chartier)

Elle est envoyée à Broca le 7.7.I955 par le Dr Chartier pour coelioscopie.

Dans ses antécédents on relève:

- F.C. spontanée de 2 mois - curettée en ville I95I
- une G.E.U. droite opérée à Cochin en I952 (trompe conservée + appendicectomie)
- suivie depuis pour stérilité secondaire
- Aucune notion pathologique - premières règles à I2 ans, cycle 28/4 avec dysmenorrhée légère le Ier jour.

Depuis fin juin I954, elle présente des métrorragies noirâtres avec des caillots peu abondants, irrèguliers après un retard de règles.

D.R. normales

Le 29/5: Elle n'a pas de tendance lipothymique.

Le 6/7.55: Métrorragie plus abondante, noirâtre, ayant le même caractère avec des douleurs pelviennes gauches irradiant vers la cuisse, douleurs scapulaires gauches et douleur à la miction et non à la défécation- Température: 38° - quelques nausées.

Au toucher, une masse kystique aurait été constatée.

Compte-rendu opératoire - 8.7.I955 (Dr Chartier)

G.E.U. vérifiée la veille par coelioscopie

Médiame sus pubienne après excision de l'ancienne cicatrice. Hémastosalpinx G. à la jonction ampullo-isthmique ovaire normal.

Salpingotomie: enucléation facile de l'oeuf et du caillot. Fermeture au nylon ooo à points séparés ne prenant pas la muqueuse.

A droite, la trompe est réduite à un mince conduit court dont l'extrémité externe est oblitérée. Par système plus que par raison, l'extrémité externe est éversée, mais la trompe ne parait guère perméable.

Parois 2 plans - nylon

Bonnes suites opératoires.

Compte-rendu histologique - G.E.U.

Placenta

Caillot dans lequel on ne retrouve pas de villosités et deux fragments nodule fibromateux.

Madame V. Marie-Thérèse - 30 ans - II Janvier I956

Cette malade est suivie depuie I950 à la consultation pour stérilité.

Elle a fait 4 F.C. spontanées en 45, 46, 47, 49.

En I949: elle fait une infection post-abortum et dut avoir une ablation des annexes droites 2 mois après.

Le II Janvier I956, elle entre à Broca pour une coelioscopie.

Le I2 Janvier I956, le Dr Palmer fait une ponction du Douglas qui ramène du sang. On intervient alors immédiatement.

On tombe sur une volumineuse trompe qui éclate pendant l'extériorisation.

Après l'ablation des caillots et de l'oeuf (?) on réséque les bords de la déchirure en une large salpingostomie à la Pollosson.

On essaie d'insuffler la partie interne sans succès. On fait alors une résection de la portion isthmo-interstitielle avec implantation ampullo-utérine.

L'ovaire n'est pas très beau et assez adhérent. L'épiploon adhère partout: on en a pratiqué la résection sub-totale. Parois catgut. Crins en X sur la paroi; Agrafes sur la peau.

Suites opératoires normales.

La malade sort le 25 JANVIER I956.

Madame B. Françoise - 26 ans

Depuis l'âge de I3 ans cette malade est réglée anormalement. Elle a des périodes de 3, 4 mois d'aménorrhée et des douleurs avant les règles et les deux premiers jours. Les pertes blanches augmentent après le mariage.

Pas d'enfant, ni de F.C.

En Mai I954, le Dr Benoist fait une H.S.G. qui montre une trompe droite imperméable et une trompe gauche injectée dans sa totalité. Mais sur le contrôle il y a rétention complète et béance de l'isthme.

En Juillet I954, la coelioscopie montre des bulles d'air passant par le pavillon G.

Le 30.9.54: Intervention:

à G. : salpingostomie de Pollosson sur la I/2 restant de l'ampoule

à D. : salpingostomie de Pollosson et implantation ampullo-utérine après résection de la portion isthmo-interstitielle.

Depuis cette intervention, les règles sont normales les 28/6j. En Juillet I955, I5 jours après ses règles, phénomène douloureux hypogastrique à D. irradiant vers la cuisse et durant quelques heures.

Fin Septembre I955: même tableau

Règles normales en Août et Septembre.

En Octobre, les règles viennent à la date prévu mais moins abondantes et moins longues.

Elle consulte le Dr Palmer, qui demande une réaction biologique sur lapine qui est positive (I3.I0.55).

Le I5.I0.55, il fait une coelioscopie: G.E.U. à opérer.

Compte-rendu opératoire (Dr Chartier)

Hématocèle retro ligamentaire, rétro utérine secondaire

Avortement tubo abdominal de la trompe D

Ovaire G. normal, trompe gauche obstruée, dilatée modérément au niveau du pavillon.

On conserve la T.D. - Enucléation de l'oeuf.

Reconstitution de la trompe nylon ooo

Bonnes suites opératoires.

Madame D. Flore - 25 ans

Cette malade bien réglée et n'ayant aucun antécédent gynécologique en général vient consulter à Broca le I2.IO.I955.

Depuis le 30 Septembre I955, elle a des métrorragies minimes tous les jours de sang brun d'abord, puis rouge maintenant. Les R. attendues le I2 septembre ne se sont pas produites. Des douleurs lancinantes abdominales basses à gauche accompagnent ces métrorragies, essentiellement diurnes et à prédominance au lever.

Le I2.IO.I955 - A l'examen: col cônique, punctiforme, allongé par lequel sort à la fois du sang, une glaire claire et un polype.

Au T.V.: il existe un utérus en position indifférente et probablement une masse latéro utérine, mais qui est difficile à percevoir car elle est très sensible et la malade se défend.

Au T.R. : Il y a certainement une anomalie dans le C. de S.G.

Le I8.IO.55 - Au T.V. : utérus en hyperanteflexion masse annexuelle à G. de la taille d'une noix verte.

Coelioscopie transvaginale sous anesthésie.

Grossesse tubaire gauche - pas de sang dans le Douglas.

Compte-rendu opératoire (I2.IO.55)

Médiane - on trouve un hématosalpinx gauche non

rompu, localisé au niveau de l'isthme. On fait une résection du segment interne de la trompe et implantation tubo-utérine parfaitement perméable.

Paroi lin nylon 3 plans.

La malade guérie sort peu de temp après.

Madame N. Marcelle - 34 ans.

La malade âgée de 34 ans entre dans le service à Broca pour un curettage le 30 Novembre I955.

Dans les antécédents, on relève une F.C. en I95I, non curettée, un polype du col enlevé en Juillet I954, et un nouveau polype en Février I955. Pas d'enfant - Malade réglée normalement 34/3 j.

La malade est suivie dans le service depuis Février I955 pour stérilité primaire.

D.R. normales le 23.9.I955 - Aménorrhée le 23 Octobre.

Vers le 8 Novembre, petites pertes, peu importantes, surtout au moment des mictions. Quelques douleurs sacrées, mais pas de lipothymies.

Réaction de Friedmann positive le I0.I0.55

Le I2 Novembre, à l'examen, on trouve: un utérus un peu gros et un cul de sac gauche suspect - rien de précis - traitement médical.

Le 29.II.55, la malade continue à perdre - utérus globuleux mou, pertes très peu abondantes. On décide d'admettre la malade pour un curettage - On prélève un fragment de décidua qui est pénétré de cellules de type inflammatoires. (le 30.II.55).

Le I2.I.I956 : une ponction du Douglas ramène du sang. On intervient pour G.E.U.

Médiane sous ombilicale - nodule de I5 m/m sur

T. droite, dès le début de la région isthmique - Ablation - Implantation tubo-utérine droite car le reste de l'ampoule est normal, long de 7 cm. Technique courante, l'ovaire droit est libéré d'un voile péritonéal mais peu mobilisé, annexes gauches et utérus normaux.

Un peu de sang dans cavité péritonéale à l'ouverture; pas de caillots. Paroi 3 plans catgut chromé, agrafes sur peau.

La pièce est envoyée non ouverte au labo, mais nous n'en n'avons pas encore le résultat.

Bonnes suites opératoires.

Madame L. Marcelle

La malade âgée de 24 ans entre dans le service le 3I.I.I956, pour des métrorragies avec douleurs abdominales. Une réaction de Friedmann est très faiblement positive le 22.I.I956.

Cette malade réglée depuis l'âge de I3 ans, a des règles tous les 25 j/5 j, avec dysmenorrhée. Elle est suivie à la consultation depuis le I.8.I955 pour stérilité primaire.

Les D.R. normales se produisent en Novembre I955. Depuis le 2I Décembre la malade saigne sans arrêt: petites pertes noires quotidiennes avec douleur dans la F.I.G.

On fait hospitaliser la malade.

Le 3I.I.I956 - Au T.V. = cul de sac G. très douloureux.
pas de masse
sang sur le doigtier.

Une coelioscopie est pratiquée sous anesthésie par le Dr Robert le 3I.I.I956.

A l'examen, on découvre un utérus augmenté de volume et une petite masse latéro-utérine gauche bien limitée.

A la coelioscopie transabdominale, l'abdomen contient une très grande quantité de sang libre qui occupe tout le bas fond pelvien dans lequel flotte les anses.

Aucune autre investigation n'est possible. A noter une fois de plus l'indolence absolue du Douglas.

A opérer immédiatement.

Compte-rendu opératoire:

Coeliotomie sous ombilicale. Sang épanché dans la cavité péritonéale en moyenne abondance. Hématosalpinx gauche ampullaire (perforé au niveau du placenta partiellement obturé par le grand épiploon). A droite, nodule dur sur la trompe, près de la corne utérine. On exprime les caillots par le pavillon, mais la trompe saigne. Résection de l'ampoule tubaire: salpingostomie terminale à 4 cm de la corne utérine au nylon ooo. La partie proximale de la trompe paraît perméable (catheterisme sur sonde canelée) mais la paroi tubaire est pathologique; on ne peut éverser la muqueuse - paroi au nylon 3.

Compte-rendu histologique de la pièce opératoire

Grossesse tubaire: présence de villosités placentaires dont quelques unes en pleine activité, d'autres fibrosées, transformation déciduale d'une partie des franges tubaires.

Suites opératoires normales.

Madame C. Ghislaine - 2I ans - 6 Décembre I954

Cette jeune femme de 2I ans qui n'a jamais eu d'enfant, ni fait de F.C., normalement réglée 28 j/4 j. est envoyée dans le service par le Dr Chartier pour suspicion d'hémorragie intra péritonéale.

Les D.R. normales remontent au IO.I2.I954

Elle accuse 2 jours de retard - Depuis le I4.I2.I954 pertes sanglantes rouges, sans caillots qui durent depuis ce temps (3 semaines). Les pertes continuent sans arrêt. Le comportement était strictement normal en dehors de crises paroxystiques abdominales douloureuses évoluant sur un fond douloureux continu.

Le 3.I.I955, douleur intense presque syncopale avec pâleur extrèmement intense, accompagnée de nausée. Les pertes encore abondantes se sont arrêtées sous l'influence du repos. Douleurs scapulaires qui se calment rapidement.

Au T.V. : col normal, utérus de dimensions normales.

culs de sacs indolents - Douglas libre - La pression profonde y provoque une douleur.

L'abdomen est difficile à examiner, mais après relaxation complète on ne met en évidence aucune défense dans la partie supérieure sus ombilicale. Dans la région sous ombilicale, il existe une zone dans F.I.D. où la défense et les douleurs sont très nettes. La partie sus-pubienne de l'abdomen est moins dépressible, non douloureuse.

Compte-rendu opératoire (Dr Chartier)

Pfannenstiel 300 cm3 de sang dans le ventre

On trouve:

I - un hématosalpinx D. ayant entraîné un avortement tubo-abdominal. On ne perçoit à la palpation ni nodule, ni rétrécissement de la trompe - ovaire normal.

2 - T. et ovaire normaux

3 - utérus normal.

Devant l'âge de la malade, on fait une salpingotomie D. énucléation facile, suture en I plan en respectant la muqueuse - nylon ooo

Paroi 3 plans au nylon - agrafes sur la peau - pas de drainage.

Bonnes suites opératoires.

Compte-rendu histologique:

Présence de villosités placentaires.

Madame L. Denise - 32 ans

Cette malade a eu il y a 3 ans une G.E.U. (ablation de la trompe et de l'ovaire D), aucune suite opératoire fâcheuse.

Pas d'enfant, ni de F.C.

D.R. = du I7 au 20.4.I955

Depuis le 20.5.55, la malade a des pertes noirâtres irrégulières avec des douleurs abdominales.

Le 3 Juin, elle élimine une caduque: métrite déciduiforme.

Examen histologique (M. de Brux 6.6.55)

Les fragments soumis à l'examen sont constitués par de larges lambeaux de caduque avec des zones de nécrose et de suppuration, mais on ne note aucune villosité choriale. Dans la profondeur, on retrouve quelques images de tubes endo-métriaux. Cet aspect ressemble d'avantage à une métrite déciduiforme qu'à une caduque de grossesse.

La malade continue à perdre tous les jours un peu de sang et elle recommence à souffrir le 25.

Le 25.6.I955, le Dr Robert fait une coelioscopie transabdominale, coelioscopie pratiquée à I cm. au-dedans d'une incision médiane antérieure. On se rend compte d'emblée qu'il existe du sang libre dans le ventre. Les anses grêles apparaissent séparées par des flaques de sang noirâtre.

L'utérus est normal avec son moignon tubaire D

long de 2 cm. environ. La trompe G. est normale dans ses 3 premiers cm. puis devient extrèmement dilatée, se coude et disparait dans les profondeurs - G.E.U.

Intervention le 25.6.1955

Médiane sus-pubienne. Il s'agit effectivement d'une grossesse ampullaire G., mais on peut facilement énucléer l'oeuf. On s'aperçoit alors que, à la jonction ampullo-isthmique, la T. présente un épaississement d'aspect diverticulaire que l'on sectionne aux ciseaux ce qui apparemment rétablit la régularité du conduit tubaire. Fermeture de la salpingotomie au nylon ooo à points séparés ne prenant pas la muqueuse. Parois 2 plans, nylon

Suites opératoires normales.

Madame L. Marie - 28 ans

Cette malade consulte à Broca le 8 Septembre I955 pour survenue brutale de douleurs pelviennes avec nausées, tendances lipothymiques et un retard de règles de 5 jours.

Dans ses antécédents, on relève des règles très douloureuses, des pertes blanches et une G.E.U. opérée le 23.8.I95I à Lariboisière, compliquée de phlébite, d'embolie pulmonaire, plus kyste ovaire et d'éventration.

Le 8.9.I955 à l'examen au toucher vaginal on ne sent pas de masse annexielle; le Douglas n'est pas douloureux. Utérus gros, plaqué en arrière. Faire réaction de G. Admission de la malade.

Le I3.9.I955 - Coelioscopie transabdominale (Dr. Robert)

Coelioscopie faite avec beaucoup de prudence, car la malade présente une éventration.

Le P.N.O. péritoine décolle parfaitement de l'éventration, mais les conditions anatomiques sont telles qu'il faut un PNO P + une bascule très accentuée de la malade et une traction sur le col avec une pince de Museux pour apercevoir un utérus entouré d'adhérences gélatineuses. Aucune annexe à droite et à gauche une T. dilatée se présentant comme une salpingite chronique. Il existe un peu de liquide ambré dans le cul de sac de Douglas.

L'existence d'une réaction biologique de grossesse + étant en contradiction formelle avec une salpingite chronique sur une trompe restante, on décide d'intervenir pour

éclaircir ce problème.

Compte-rendu opératoire

Laparotomie médiane. Après avoir clivé quelques adhérences, on constate qu'il n'existe pas d'hémopéritoine important, mais les quelques gouttes de,liquide ambré que l'on avait vu en coelioscopie Utérus gros ramolli et il semblerait à première vue que l'on ait à faire à une grossesse. En outre, il existe un gros varicocèle du côté de l'annexe restante. Il est certain que c'est ce varicocèle que l'on a vu en coelioscopie et que l'on a interprêté comme une grosse trompe distendue et bleuâtre. Un examen attentif de la trompe montre que dans la région du pavillon qui est lui-même absolument normal, il existe un orifice sur le bord libre de l'ampoule tubaire. Cet orifice laisse passer une petite quantité de tissu velouté d'aspect placentaire typique.

Salpingotomie - Il s'agit d'une jeune G.E.U. (2 semaines maximum) que l'on enlève sans difficulté. Suture de de la Trompe au nylon. Cure de l'éventration.

Suites normales.

Le 2I.I2.I955

La malade revient consulter le Dr Robert.

- col violacé, sans glaire (le 2Ième jour)

Au T.V. l'utérus est basculé en arrière, extrèmement douloureux.

Ne pas faire d'insufflation et prolonger le repos et la diathermie.

C O N C L U S I O N S

La tendance conservatrice dans la chirurgie des G.E.U. dont les débuts remontent à une trentaine d'années est encore à l'heure actuelle très discutée. Certains auteurs trouvent absolument inutile et dangereux de conserver une trompe puisque la G.E.U. est une affection récidivante par excellence.

D'autres auteurs, moins catégoriques, font des réserves quand l'étiologie de la G.E.U. est absolument certaine et quand il ne reste qu'une trompe à la femme.

Il vaut mieux tenter la conservation dans la mesure du possible car on ne connaît pas, en général, le mécanisme de la nidation ectopique de l'oeuf.

Le chirurgien conservateur dispose de plusieurs modes d'intervention selon l'état anatomique de la trompe. Il est évident que les cas les meilleurs sont ceux qui demandent une intervention simple et peu traumatisante. L'avortement tubo-abdominal et la délivrance tubaire par expression ou salpingotomie représentent les deux meilleurs cas. La résection partielle avec stomatoplastie dans les cas de grossesse sur la partie distale de la trompe et la résection partielle avec implantation tubo-utérine dans les lésions proximales modifient d'avantage l'aspect de la trompe et sont beaucoup plus traumatisantes. Le bon résultat de ces interventions est conditionné par l'utilisation d'un matériel spécial sans

réaction macrophagique, tel que le nylon ooo.

La conservation de la trompe prend tout son intérêt quand on a constaté des lésions compromettant la fonction de l'autre trompe, et à plus forte raison si elle a été ôtée antérieurement, soit pour une salpingite, soit surtout pour une G.E.U. Elle permet de sauvegarder chez la malade l'espoir d'une grossesse ultérieure.

Cette conservation ne semble pas comporter de gros risques immédiats d'hémorragie. Et à Broca, il n'y a jamais eu à réintervenir pour une hémorragie post-opératoire. Cette éventualité est très rare, car lors de l'intervention l'hémostase est le souci primordial du chirurgien.

Le seul risque sérieux que court la malade et qui est un risque relativement éloigné, est un risque de récidive de G.E.U. sur trompe conservée; ce risque relativement rare est sérieux, et il ne faut jamais oublier de prévenir la femme avant l'intervention. Il faut surtout bien lui expliquer les risques qu'elle encourt et qu'elle accepte les différentes éventualités qui pourraient lui advenir par la suite:

- trompe perméable, mais la femme reste stérile
- grossesse utérine normale avec quelquefois des risques d'avortement
- récidive de G.E.U.
- trompe imperméable
- impossibilité de conserver la trompe: salpingectomie.

Malgré les risques, il faut être conservateur au maximum quand les conditions anatomiques le permettent, sinon la salpimgectomie reprend ses droits. Il faut tenir compte de l'état de l'autre trompe et surtout du désir de maternité de la femme, à plus forte raison si elle est soignée pour stérilité primaire, 30 % de ces femmes, environ, pourront ultérieurement mener à bien une grossesse normale.

Ce pourcentage, quoique faible, est un facteur d'encouragement dans la voie où s'engage la chirurgie conservatrice des grossesses extra-utérines.

-------- ooo --------

Vu, le Doyen

L. BINET

Vu, le Président de la Thèse

Paul FUNCK-BRENTANO

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

I - BANUET Maria Esther I952 Récidives post-opératoires dans les G.E.U. après intervention conservatrices (thèse étrangère I952) II3.200 vol. 84 N° 83

2 - BJÖRKENHEIM I943 Gravidité interstitielle après excision tubaire par suite d'un avortement tubaire du même côté Acta obst. gyn. Scandinavia(92.2I2) vol. 23 - pages 43 - 62

3 - BRET I947 Pronostic obstétrical des G.E.U. Considérations sur les possibilités de la chirurgie conservatrice et restauratrice de la trompe Gynécologie et obstétriques - tome 46 N° 5 - pages 59I - 594 II3.478

4 - CAMUSET Maurice I933/34 Conservation de la trompe gravide dans les grossesses tubaires Thèse de Lyon N° I27 (90.892 tome IV)

5 - CARAYON André I938/39 Les modalités du traitement chirurgical des G.E.U. Thèse de Lyon N° I55 (90.982)

6 - CASALTA Lamy I937 Sur un cas de grossesses interstitielle Bulletin Société d'obstétrique-gynécologique de Paris (II0.584) Février I937 - Pages I77 - I80

7 - COTTE Gaston I927 Pathogénie et traitement conservateur des grossesses tubaires Lyon chirurgical (I32 - 569) I7 Mars - pages 557 - 563

I929 Sur le traitement des grossesses interstitielles Lyon chirurgical 26, N° 6 - page 860

I922 Sur l'étiologie et le traitement des G.E.U. Lyon chirurgical I922 XVIII page 665

I94I Dangers de la conservation tubaire dans les G.E.U. et quelques considérations sur la pathogénie Lyon chirurgical I94I - 37 page I93

8 - COTTE et ARMANET I930 A propos de 2 cas de grossesses interstitielle
Gynécologie Mars I930 (II0.335 tome 29) page I29

9 - COTTE et LATREILLE I925 Grossesse interstitielle traitée par hystérectomie
Bulletin société d'obstétrique et gynécologie I925

I0 - COTTE - MARTIN POLLOSSON I945 Endométriose - endosalpingiose et adénomyomatose de la trompe
Lyon chirurgical I945 - tome 38 page 233

II - COTTE et MATHIEU Chirurgie thérapeutique gynécologique
I59.80I - chapitre VIII

I2 - COUVELAIRE Alexandre I900/0I Etude anatomique sur les grossesses tubaires
Thèse de Paris I900-I90I N° 434

I3 - DEBELUT-FUNCK BRENTANO I955 Conservation de la trompe dans la chirurgie de la G.E.U.
Mémoires de l'Académie de chirurgie tome 8I - N° I0-II - pages 288,289

I4 - de BRUX Jean I955 Résultats et intérêt de l'examen histologique systématique des biopsies tubaires per opératoires et sous coelioscopie
La fonction tubaire (I44-75I) page 2I8

I5 - DRAGOMIRESCO Jean I929 Contribution à l'étude de la G.E.U. récidivée dans la même trompe après intervention chirurgicale.
Thèse de Paris I929 - N° 2I9 - tome I4

I6 - FERRY - HUGUIER I955 G.E.U. itérative; salpingoraphie grossesse et accouchement normaux ultérieurs
Mémoire Académie de chirurgie Juin 55 - tome 8I - N° 20-2I - pages 599, 600

I7 - FUNCK-BRENTANO Louis I893 Des grossesses utérines survenant après G.E.U.
Thèse de Paris N° 64I

I8 - GAUSS — I94I — Conservation de la trompe dans la gravidité tubaire
Wiener Klin Wschr 24
24 Octo.I94I 54 N° 43 877.879
3I Oct. I94I 54 N° 43 898.90I

I9 - GEORGOUDIS Basile — I949 — Traitement chirurgical conservateur de la G.T.
Thèse étrangère Paris I949 - vol. 34 N° 9 (II3.200)

20 - GIOANNI - WIRTZ — I949 — De la fertilité des femmes opérées de G.E.U.
Bulletin de l'association de gynécologie et d'obstétrique I949 - tome I (I33.478 A) pages 3I8 ...

2I - HASSELBLATT — I927 — Deux cas de grossesse tubaire ayant récidivé dans une même trompe
Acta Obst. gyméco Scandinavia I927 vol. VI

22 - JARVINEN — I954 — Later fertlity after conservatrice operation for tubal pregnancy
Annales chirurgioe et gynoecologioe (94.449) vol. 43 fasc. 3

23 - LABRY et MONTEL — I927 — Des interventions chirurgicales conservatrices dans la grossesse tubaire
Lyon chirurgical I927 - tome I39 page 443

24 - LECLERC - COTTE — I94I — Danger de la conservation tubaire dans la G.E.U. et quelques considérations sur la pathogénie des G.T.
Lyon chirurgical Février I94I (I32.569) Pages I93 ....

25 - PALMER Raoul — I946 — Coelioscopie
Mémoires Académie de chirurgie I946 pages 263 ...

I95I — Implantation tubo-utérine
Mémoires Académie de chirurgie Février I95I

I945 — Encyclopédie médico chirurgicale
Tome 2 - gynécologie

26 - PALMER et LACOMME I944/45 G.E.U. récidivante traitée par implantation tubo-utérine bilatérale donnant un enfant vivant. Gynécologie et obstétrique 44/45 (I33.478) page I96

27 - PALMER et PARESSANT Gynécologie - Tome 2 Encyclopédie médico chirurgicale pages 693, 704

28 - PERRIN I929 Sur le traitement des grossesses interstitielles Lyon chirurgical 26 - N° 6 - page 860

29 - PHILIPP E. I955 Endométriose des trompes comme cause de stérilité La fonction tubaire - pages 307 ...

PHILIPP und HUBER I939 Endométrioses ZU Gynäk I939

30 - PICQUET et BLINDER I955 La conservation de la trompe dans la chirurgie des G.E.U. Mémoires Académie de chirurgie Tome 8I - Nov. 55 - pages 863 ...

3I - POLLOSSON I955 Salpingostomie La fonction tubaire et ses troubles pages

32 - G. HENRY ROBERT P. FUNCK-BRENTANO I955 La chirurgie conservatrice de la grossesse tubaire Mémoires Académie chirurgie - tome 8I - N° I0 - II - pages 290

33 - ROTON I933 Observations de 3 grossesses interstitielles dont 2 rompues Gynécologie I933 (II0.335) pages 659

34 - ROUX - MARCHAL I955 Stérilité après grossesse tubaire La fonction tubaire - Pages 325... 334

35 - TRILLAT- DARGENT CONDAMIN I932 Grossesse interstitielle non rompue Soc. d'obstétrique et gynécologie de Lyon (II0.584) I932 - pages 704, 705, 706, 707

36 - VILLARD I927 Traitement conservateur des G.T. Lyon chirurgical (I32.569).